

Grégory BELTRAN

**Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon.
MONOGRAPHIE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
(MSA)**

Chef de projet MSA Languedoc : C. HAMELIN.
Coordination scientifique : ODENORE - H. REVIL et P. WARIN

Mars 2016

Sommaire

Glossaire.....	5
Introduction.....	6
1. Contextualisation sociale, sanitaire et économique du renoncement	10
1.1. Le contexte économique et social.....	10
1.1.1. Une surreprésentation des personnes sans activité professionnelle et des familles monoparentales	10
1.1.2. Une précarité et une « fragilité sociale » plus marquée en région qu'au plan national.....	10
1.1.3. Des fragilités différentes selon les territoires.....	12
1.2. La consommation de soins	13
1.3. La complémentaire santé	14
1.4. L'offre de soins	14
2. Les renonçants.....	15
2.1. Les renonçants : davantage de femmes et de « précaires »	15
2.2. Les exploitants agricoles : priorité au travail	16
2.2.1. Agriculteurs actifs et inactifs.....	16
2.2.2. Le travail agricole et le soin.....	17
2.3. Des travailleurs précaires : un travail prioritaire mais peu protecteur	18
2.3.1. Précarité et travail	18
2.3.2. Des ressources plus faibles, une protection fragile	18
2.4. Les retraités : des revenus en baisse, des besoins en hausse.....	19
2.4.1. Les retraités moins renonçants.....	19
2.4.2. Des difficultés financières.....	20
2.4.3. Renoncer dans le présent pour prévoir l'avenir	20
2.5. Les personnes en invalidité et arrêt de travail, la maladie ou l'accident comme rupture principale	21
2.5.1. Une catégorie large.....	21
2.5.2. Une perte de revenu et une protection insuffisante.....	21
2.5.3. Un éloignement de l'emploi.....	22
3. Les besoins de soins non satisfaits	23
3.1. Souvent des besoins de soins multiples, pas toujours identifiés	23
3.2. Les soins dentaires : les plus chers, les plus douloureux, les plus apparents	23
3.2.1. Soins dentaires prothétiques et conservateurs	23
3.2.2. Les coûts, les faibles remboursements et les problèmes de disponibilité	24
3.2.3. Des conséquences médicales et sur le bien-être	25
3.3. Le renouvellement de lunettes et les besoins ophtalmologiques	25
3.3.1. Lunetterie et ophtalmologie.....	25
3.3.2. Des coûts élevés pour une préoccupation faible	25
3.4. Les spécialistes et les rendez-vous de contrôle ou de suivi.....	26
3.4.1. Des besoins ponctuels et des examens de suivi ou de contrôle	26
3.4.2. Les causes du renoncement : dépassement d'honoraires, disponibilité et utilité	27
3.4.3. La dimension du genre : des soins spécifiques.....	27
3.5. Le renoncement au généraliste et la question des besoins de soins	27
3.5.1. Une catégorie aux limites floues	27
3.5.2. Renoncement au généraliste et préoccupation pour la santé.....	28
3.6. Les actes chirurgicaux	29

3.7.	Le repos prescrit	30
3.7.1.	<i>Un renoncement qui revêt plusieurs réalités</i>	30
3.7.2.	<i>La question financière, la crainte d'une perte de revenu et le rapport au travail</i>	31
3.8.	Les autres besoins de soins	31
3.8.1.	<i>Les appareils et prothèses</i>	31
3.8.2.	<i>Les soins de rééducation</i>	31
4.	Les raisons du renoncement	33
4.1.	Les raisons financières : restes à charge et avance de frais	33
4.2.	Rupture dans la protection sociale, absence ou faiblesse de la protection complémentaire	34
4.3.	Le manque de temps et les délais d'attente	35
4.4.	Les autres raisons de renoncement, entre choix et barrière	36
4.4.1.	<i>« Traumatismes », méfiance vis-à-vis de la médecine et doute sur les résultats</i>	36
4.4.2.	<i>Choisir de ne pas se soigner</i>	36
5.	Sur les explications du renoncement	38
5.1.	La question du travail	38
5.1.1.	<i>Priorité au travail : travailler plus pour se soigner plus ?</i>	38
5.1.2.	<i>Quand le travail est vu comme une solution au renoncement</i>	40
5.1.3.	<i>Le corps « machine », entre perceptions et stratégies</i>	41
5.2.	Rapport aux soins : ne pas s'écouter, ne pas se soigner, refuser de l'aide	42
5.2.1.	<i>Une résistance à la souffrance comme valeur, des douleurs comme partie intégrante du travail</i>	43
5.2.2.	<i>Ne pas s'écouter : minimisation de ses souffrances et de l'avis médical</i>	44
5.2.3.	<i>La volonté de s'en sortir seul</i>	45
5.3.	Les ruptures et accidents de vie	46
5.3.1.	<i>La maladie ou l'invalidité</i>	46
5.3.2.	<i>Les changements de situation matrimoniale</i>	48
5.3.3.	<i>D'autres situations de vie : l'isolement géographique ou/et social</i>	48
5.4.	La guidance administrative : manque et besoin	50
5.4.1.	<i>Les difficultés pour obtenir ou conserver une protection maladie</i>	50
5.4.2.	<i>Des droits et des démarches connus mais de manière approximative</i>	52
5.4.3.	<i>Les différentes raisons d'une non-demande</i>	53
5.5.	La question de la guidance médicale	55
5.5.1.	<i>Le suivi médical : mauvaises expériences et distance avec le système de santé</i>	55
5.5.2.	<i>La guidance dans l'accès aux soins : faibles attentes et préjugés</i>	57
6.	Conséquence du renoncement, réactions face au renoncement et comportement intégré	59
6.1.	Les conséquences du renoncement	59
6.2.	Les réactions face au renoncement	60
6.2.1.	<i>La planification des soins et des paiements</i>	60
6.2.2.	<i>Les subterfuges du marché et la recherche d'alternatives moins onéreuses</i>	62
6.2.3.	<i>L'automédication et l'économie de médicaments</i>	63
6.3.	Le renoncement comme comportement intégré, un processus multi causal	64
6.3.1.	<i>Les caractéristiques du comportement intégré</i>	64
6.3.2.	<i>Une typologie du comportement intégré</i>	66
Conclusion		68
Annexes		70
<i>Annexe 1</i>	<i>Questionnaire utilisé pour le repérage</i>	<i>70</i>
<i>Annexe 2</i>	<i>Guide d'entretien</i>	<i>74</i>
<i>Annexe 3</i>	<i>Grille d'analyse administrative</i>	<i>80</i>

Glossaire

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD	Affection de Longue Durée
AROMSA	Association Régionale des Organismes de Mutualité Sociale Agricole
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique (Pôle Emploi)
BRSO	Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CMU-C	Couverture Maladie Universelle – Complémentaire
CNAV	Caisse Nationale Assurance Vieillesse
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPICES	Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ODENORE	Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSI	Régime Social des Indépendants
SMIC	Salaire Minimum de Croissance

Introduction

En 2014, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Gard a réalisé, en partenariat avec l'Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services (Odenore)¹, une étude relative au renoncement aux soins dans le département -*le Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard (BRSO)*²- afin de comprendre les enjeux de ce phénomène et de mettre en place des actions pour tenter d'y remédier. Cette étude s'est appuyée sur une enquête quantitative qui a été complétée par une enquête qualitative par entretiens. Différentes institutions partenaires (dont la CPAM et la Mutualité Sociale Agricole - MSA- mais aussi le Régime Social des Indépendants -RSI- ou encore la Caisse d'Assurance Retraite et de la SAnTé au Travail -CARSAT-) avaient alors réalisé une campagne de passation de questionnaires auprès de 4616 personnes. Des entretiens avaient ensuite été conduits auprès de 113 personnes en renoncement aux soins.

Il semble essentiel, tout d'abord, de rappeler que la notion de renoncement aux soins renvoie à des soins non satisfaits alors que les personnes en déclarent le besoin : le renoncement est donc déclaratif. Il est important de distinguer renoncement et non-recours. La notion de non-recours renvoie à des soins dont le besoin est avéré d'un point de vue médical : le non-recours est donc normatif. Cette enquête n'a pas pour objectif de vérifier si les besoins de soins exprimés par les renonçants sont justifiés d'un point de vue médical. On peut rappeler qu'une des spécificités du BRSO a été d'obtenir des données à la fois sur le renoncement et le non-recours aux soins. Ce faisant, il a été possible de montrer la forte homologie entre les deux phénomènes : le BRSO souligne ainsi que dans 94% des cas, les besoins de soins déclarés par les personnes sont avérés médicalement (Warin, 2014).

Le BRSO a également permis de souligner plusieurs tendances concernant le profil des renonçants. Ils étaient ainsi plus nombreux à être sans activité professionnelle que les non-renonçants (37% contre 32%) et les personnes seules -avec ou sans enfant(s)- étaient surreprésentées (50,9% des renonçants contre 40,7% des non-renonçants). Les résultats de l'enquête faisaient également état d'un taux plus important de renoncement chez les agriculteurs, sans qu'une enquête spécifique ait été menée au niveau de la MSA, organisme mutualiste qui protège l'ensemble de la profession agricole.

En 2015, un diagnostic similaire a été réalisé dans tous les départements du Languedoc-Roussillon (à l'exception du Gard). L'enquête par questionnaire³ a touché 5184 personnes⁴. Elle a été complétée par une enquête qualitative, comme lors du BRSO. Des entretiens, de type semi-directif et d'environ une heure, ont été passés auprès d'assurés du régime général et du régime agricole dans chaque département (l'Aude, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées-Orientales). Ils ont été effectués auprès de personnes qui avaient donné leur accord lors de la passation de l'enquête par questionnaire et qui avaient toutes déclaré avoir été en situation de renoncement ou report de soins au cours des 12 derniers mois. Un guide d'entretien⁵ proposait sept thèmes : la description du renoncement, l'explication du

¹ L'Odenore a été créé officiellement en mars 2003 comme dispositif du laboratoire PACTE à l'Institut d'Etudes Politiques de Grenoble. En janvier 2009, Odenore a été créé comme Equipe de Recherche Technologique par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Installé à la Maison des Sciences de l'Homme-Alpes, il anime l'axe « Inégalités, Normes, Comportements ». <http://odenore.msh-alpes.fr>

² Odenore, « BRSO - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard » https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsso_19_septembre_2014.pdf

³ Cf Annexe 1.

⁴ 5261 questionnaires ont été passés durant la campagne régionale de repérage. Seuls 5184 questionnaires ont pu être exploités (nombre de personnes dont le régime d'Assurance Maladie est connu et qui ont répondu à la question 14 « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ? »

⁵ Cf. Annexe 2.

renoncement, les conséquences du renoncement, les réactions/actions face au renoncement, la relation au médecin traitant, le besoin de soins et le rapport aux soignants et à la santé, le niveau de précarité.

La MSA a été partie prenante de ce diagnostic des difficultés d'accès aux soins en Languedoc-Roussillon, ce qui conduit aujourd'hui à présenter une monographie spécifique pour ce régime : au niveau régional, 42 entretiens ont été réalisés avec des personnes relevant du régime agricole et déclarant avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois. L'ensemble du travail de recherche mené en région sera, quant à lui, présenté dans un rapport final réalisé par l'Odenore.

Parmi les personnes qui ont été repérées au moment de la campagne régionale et pour lesquelles le régime est renseigné, 600 appartiennent au régime de la MSA. A première vue, le constat départemental du BRSG d'une surreprésentation des agriculteurs chez les renonçants n'est pas confirmé : le taux de renonçants de la MSA est plus faible que celui du régime général de l'Assurance Maladie (22,2% contre 36,3%)⁶. Ce résultat reste à interroger, ce que permet cette étude qualitative qui se penche plus précisément sur cette population spécifique : la population agricole.

Tableau régional du taux de renoncement pour la MSA

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?				
Q14	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
Non	467	77.83	467	77.83
Oui	133	22.17	600	100.00

Avec 6% des prestations servies, la MSA est le deuxième régime de protection sociale de base⁷ en France. D'après des données de juillet 2014⁸, le régime agricole délivrait des prestations à 5,4 millions de personnes⁹. Pour ce qui est de la branche Maladie, 3,3 millions de personnes, selon ces mêmes données, étaient protégées par la MSA en 2014 : 1,8 millions d'hommes et 1,5 millions de femmes. Cette différence de chiffres entre les prestations délivrées et la protection maladie est due notamment aux retraités poly-pensionnés, qui touchent une partie de leur retraite de la MSA mais sont affiliés au régime général pour leur protection maladie.

Le guichet unique

Avant de rentrer dans l'analyse du phénomène de renoncement aux soins, il est important d'apporter quelques précisions concernant le régime agricole. La MSA prend en charge l'ensemble des risques sociaux de la population agricole et de ses ayants-droit. En plus de l'assurance maladie, maternité, invalidité et vieillesse sont pris en charge les prestations familiales et de logement, le Revenu Social d'Activité (RSA) ou encore la retraite complémentaire obligatoire pour les non-salariés. La MSA a également en charge le recouvrement, c'est-à-dire la collecte et le contrôle des prestations sociales

⁶ Cf. Odenore, *Synthèse des premiers résultats quantitatifs du Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon - Départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales*, mai 2015.

⁷ Direction des études des répertoires et des statistiques, *Annuaire statistique, population 2013*, MSA, 2014
<http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/2038168/Population+++donn%C3%A9es+2013.pdf>

⁸ *Les chiffres utiles de la MSA, édition 2015*, MSA, 2015.

<http://www.msa.fr/lfr/documents/11566/48463/Chiffres+utiles+MSA+2015+%28national%29.pdf>

⁹ Il s'agit du nombre de ressortissants du régime agricole. Ce terme désigne toute personne qui a un lien avec le régime agricole. Sont pris en compte dans le calcul des ressortissants les personnes protégées en maladie au régime agricole et les bénéficiaires d'un avantage de retraite au régime agricole couverts en maladie par un autre régime.

pour les employeurs et les non-salariés.

La MSA a, de plus, passé des conventions avec certains organismes de complémentaire-santé. Les adhérents de ces complémentaires sont ainsi remboursés directement par la MSA, à la fois pour la part obligatoire et pour la part « mutuelle » de leurs soins. Cette situation renforce son rôle d'interlocuteur unique mais rend parfois la distinction entre le rôle de la MSA et des complémentaires floue, comme en témoignent certains entretiens.

Dans le cadre de ce diagnostic, sur le plan méthodologique, cette situation de guichet unique est importante à prendre en compte. Elle confère en effet à la MSA une position d'interlocuteur « incontournable » pour la population agricole ; ce qui a permis, ici, un repérage plus large. Ainsi, des personnes ont été amenées à répondre au questionnaire sur le renoncement alors qu'elles s'étaient déplacées aux guichets pour d'autres raisons que leur protection maladie ou leur santé (retraite, allocation logement...).

A un autre niveau, pour la population non-salariée et les employeurs de main d'œuvre, la MSA prélève en même temps qu'elle reverse ; la relation qui s'instaure n'est donc pas la même que pour les personnes au régime général. Pour les agriculteurs, la question des aides à la santé se mélange fréquemment à celles des aides au travail : les deux volets étant pris en charge par la MSA. De la même façon, des mauvaises expériences ou des critiques sur une des fonctions de la MSA entraînent une méfiance plus large vis-à-vis de la mutualité dans son ensemble. Cette situation est également vraie pour les salariés qui touchent des allocations ou des retraites de la MSA. Un retard dans les paiements ou un désaccord sur le montant de la pension peut dégrader l'image de la MSA, d'autant que les raisons financières restent les premières raisons de renoncement.

Le terrain de l'enquête : MSA Grand Sud et Languedoc-Roussillon

Le découpage administratif de la MSA ne correspond pas au découpage des régions administratives. Dans le Languedoc-Roussillon, la MSA fonctionne en deux entités : la MSA Languedoc qui comprend les départements de l'Hérault, du Gard et de la Lozère, et la MSA Grand Sud dont dépendent les départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales. L'enquête menée s'étend sur ces différents départements, Gard exclu.

Quelques précisions supplémentaires sont nécessaires dans la mesure où elles peuvent permettre de mettre en perspective les résultats de l'enquête relative au renoncement aux soins. Sur le plan des différences entre les territoires couverts par le diagnostic, on peut noter que la Lozère est davantage rurale si on prend comme critère la proportion d'agriculteurs dans la population départementale, 5,1%, puis viennent l'Aude (1,8%), les Pyrénées-Orientales (0,9%) et l'Hérault (0,8%)¹⁰.

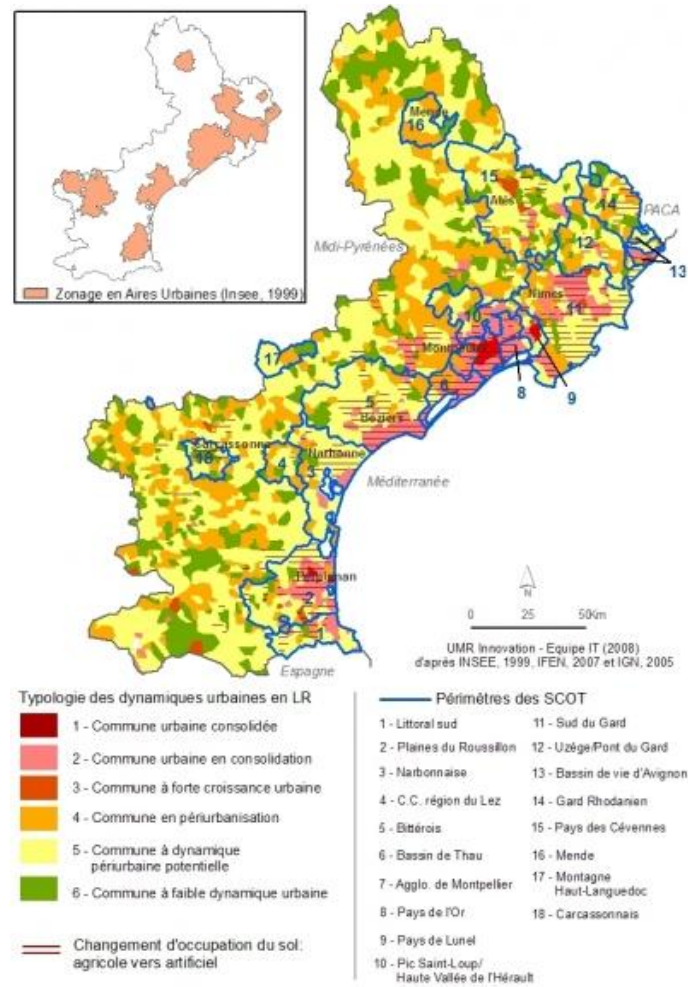
On compte en moyenne, en France, 334 praticiens pour 100 000 habitants. Pour les départements de l'étude, les chiffres indiquent 246 médecins (généralistes et spécialistes) pour 100 000 habitants en Lozère, 300 dans l'Aude, 341 dans les Pyrénées-Orientales et 432 dans l'Hérault¹¹. Mais ces chiffres ne donnent pas à voir toute la réalité. En effet, au niveau du département, des différences se jouent aussi avec des territoires ruraux plus reculés, plus éloignés des grandes agglomérations notamment¹²

¹⁰ Sources : INSEE, Estimations de population, 2011

¹¹ <http://www.gouvernement.fr/lutte-contre-les-deserts-medicaux-ce-qu-il-faut-savoir>

¹² <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud124.pdf>

comme le montre la carte¹³ ci-dessous et celles que nous présenterons dans la partie suivante.



La passation des questionnaires s'est faite dans les accueils de la MSA. Ces accueils sont présents dans différents territoires des départements, mais de façon inégale. En Lozère, seul l'accueil de Mende est ouvert tous les jours. Des accueils physiques sont prévus dans quatre autres communes du département mais seulement sur une demi-journée ou une journée par semaine selon les endroits¹⁴. En comparaison l'Hérault possède des accueils ouverts tous les jours dans trois villes et trois autres accueils ouverts plus irrégulièrement¹⁵. Cette situation a eu un effet sur la passation du questionnaire : la surreprésentation de certains territoires pour chaque département pouvant être interprétée davantage à l'aune de cette question méthodologique que d'une réelle différence de situation sur la question du renoncement.

¹³ ABRANTES P., JARRIGE F., LAURENS L., SOULARD C., « Dynamiques urbaines et mutations des espaces agricoles en Languedoc-Roussillon » In *Espaces, sociétés, territoires*, 2010. <https://cyberge.org/22869>

¹⁴ http://www.msalanguedoc.fr/lfr/documents/98820/1187228/depliant_acc48_2015.pdf

¹⁵ http://www.msalanguedoc.fr/lfr/documents/98820/1187228/depliant_acc34_2015.pdf

1. Contextualisation sociale, sanitaire et économique du renoncement

L'enquête présentée dans cette monographie s'intéresse à un phénomène général, le renoncement aux soins, au niveau d'une population spécifique, les affiliés MSA de Languedoc-Roussillon. Une contextualisation est ainsi nécessaire afin de permettre une vision plus globale du phénomène mais aussi d'introduire des éléments de comparaison. La partie qui suit reprend des données issues de différentes sources, de l'INSEE, de la CPAM ou encore de la MSA¹⁶, et permet de replacer les résultats de l'enquête dans un cadre plus large pour en faire ressortir les spécificités.

1.1. Le contexte économique et social

1.1.1. Une surreprésentation des personnes sans activité professionnelle et des familles monoparentales

Au 1^{er} janvier 2014, la région Languedoc-Roussillon compte 2 757 558 habitants soit 4,2% de la population française. La population de la région est composée à 48% d'hommes. Avec 27,8% de personnes de plus de 60 ans, la population y est proportionnellement plus âgée que pour la population générale en France métropolitaine (24,2%)¹⁷.

La région Languedoc-Roussillon se caractérise par une proportion de personnes retraitées (29,8%) ou sans activité professionnelle (18,2%) (parmi les plus de 15 ans) plus élevée qu'en France métropolitaine (respectivement 26,6% et 16,3% en 2011). Dans l'Aude, la Lozère et les Pyrénées-Orientales (PO), près d'une personne de plus de 15 ans sur 3 est retraitée. L'Hérault se caractérise par une proportion plus importante de personnes sans activité professionnelle (19,5%). Enfin, la Lozère compte proportionnellement presque 5 fois plus d'agriculteurs que les autres départements de la région (5,1% contre 1,1% dans la région)¹⁸.

Parmi les ménages¹⁹ languedociens, 34,7% sont des personnes seules (contre 34,3% en France métropolitaine). Les familles monoparentales sont surreprésentées dans la région (9,0% contre 8,1% au niveau national). Sur ce plan, le département des PO se place en 7^{ème} position par rapport au national (9,7%), le Gard en 10^{ème} position (9,2%) et l'Hérault en 15^{ème} (8,9%)²⁰.

1.1.2. Une précarité et une « fragilité sociale »²¹ plus marquée en région qu'au plan national

Les « fragilités sociales » peuvent s'exprimer au travers de plusieurs paramètres : revenus, chômage, prestations sociales... Quels que soient ces indicateurs, les départements du Languedoc-Roussillon sont classés parmi les plus fragiles de France.

Avec 43,6% des ménages fiscaux non imposables en 2012, la région se place en tête au niveau national (36,0%)²². L'Aude, les PO, la Lozère et le Gard se placent dans les 20 départements les plus pauvres de France sur ce critère.

¹⁶ Les données chiffrées relatives au régime agricole ont été préparées et fournies par G. CARMINADE, statisticienne à la MSA Languedoc.

¹⁷ Sources : INSEE, état civil (données domiciliées), 2014, estimations de population.

¹⁸ Sources : INSEE, RP 2011 exploitation complémentaire.

¹⁹ Selon l'INSEE, un ménage est « l'ensemble des personnes (apparentées ou non) qui partagent de manière habituelle un même logement (que celui soit leur résidence principale ou non) et qui ont un budget commun ».

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/menage.htm>

²⁰ Sources : INSEE, RP 2011 exploitation complémentaire.

²¹ Ce vocabulaire est actuellement très utilisé par les organismes sociaux pour qualifier des populations et/ou des territoires qui, au regard de certains critères qu'ils retiennent, leur apparaissent en situation de fragilité.

²² Sources : INSEE et DGFIP, dispositif revenus fiscaux localisés des ménages.

En 2012, les habitants du Languedoc-Roussillon vivent avec un niveau de ressources inférieur à la plupart des autres régions métropolitaines. La moitié des ménages déclare un revenu annuel inférieur à 17 980 € par unité de consommation²³ (contre 19 786€ en France métropolitaine). La plus forte présence dans la région de personnes en situation de pauvreté porte les seuils des revenus annuels des 10 % des plus pauvres à 9 224 € par unité de consommation, soit à la 2^{ème} place des régions par ordre croissant (contre 10 503€ au niveau national). L'Aude, les PO, l'Hérault et le Gard se placent parmi les 7 départements les plus pauvres de France au vu de ce critère²⁴.

Par ailleurs, près d'un ménage languedocien sur cinq vit en dessous du seuil de pauvreté²⁵ (19,6% contre 14,3% en France métropolitaine), c'est-à-dire avec moins de 990€ par mois en 2012 ; le Gard, l'Hérault, l'Aude et les PO se situent parmi les 20 départements les plus touchés par la pauvreté, plaçant la région en 2^{ème} position au niveau national. En Languedoc-Roussillon, la pauvreté est plus fréquente dans les communes isolées (taux de pauvreté de 24,2%) et dans les pôles urbains (taux de pauvreté de 21,8%) et en particulier dans les villes centres²⁶.

Cette pauvreté touche particulièrement les personnes seules, les familles nombreuses (de 4 personnes ou plus) et les familles monoparentales qui, pour ces dernières, vivent dans près de 40% des cas sous le seuil de pauvreté.

Outre la part d'inactifs importante dans la région (et en particulier de retraités), c'est également un chômage plus prégnant qui explique le niveau de précarité. Avec un taux de chômage de 14,2% sur le 1^{er} trimestre 2015, la région enregistre le plus fort taux de chômage (contre 10% au niveau national). 4 départements sur 5 sont classés parmi ceux ayant les taux de chômage les plus élevés de France métropolitaine : les PO sont en tête avec un taux de chômage de 15,5%, l'Hérault est en 2^{ème} position avec 14,4%, le Gard en 3^{ème} position avec 14,2% et l'Aude en 4^{ème} position avec 14,1%²⁷. Du fait de cette précarité, les prestations sociales représentent, en 2012, 6,6% du revenu disponible des ménages contre 5% en France. Dans les PO et l'Aude, ce taux atteint 7%.

Dans la population des ménages allocataires des Caisses d'Allocations Familiales (CAF), les familles monoparentales, les personnes seules et les jeunes sont particulièrement exposés au risque de pauvreté monétaire. Le montant des prestations familiales qu'ils perçoivent représente, en moyenne, le quart de leurs revenus. Plus précisément, dans la région Languedoc-Roussillon, près de 300 000 personnes sont couvertes²⁸ par le RSA en 2013 (source DREES), soit 10% de la population (contre 7% au niveau national). 4 départements sur 5 sont parmi les 10 où le pourcentage de bénéficiaires du RSA est particulièrement élevé (les PO en 4^{ème} position, l'Aude en 5^{ème} le Gard en 6^{ème} et l'Hérault en 10^{ème} position).

²³ Selon l'INSEE, l'unité de consommation est un « système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). »

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-consommation.htm>

²⁴ Sources : INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal, données 2012.

²⁵ Le taux de pauvreté correspond à la proportion de ménages fiscaux dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian (soit moins de 990€ par mois en 2012).

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-pauvrete.htm>

²⁶ Sources : INSEE, revenus disponibles localisés 2011 et INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal, données 2012.

²⁷ Sources : INSEE, Taux de chômage localisés (données 2015 provisoires).

²⁸ On entend par personnes couvertes : l'allocataire, le conjoint et les personnes à charge.

1.1.3. Des fragilités différentes selon les territoires

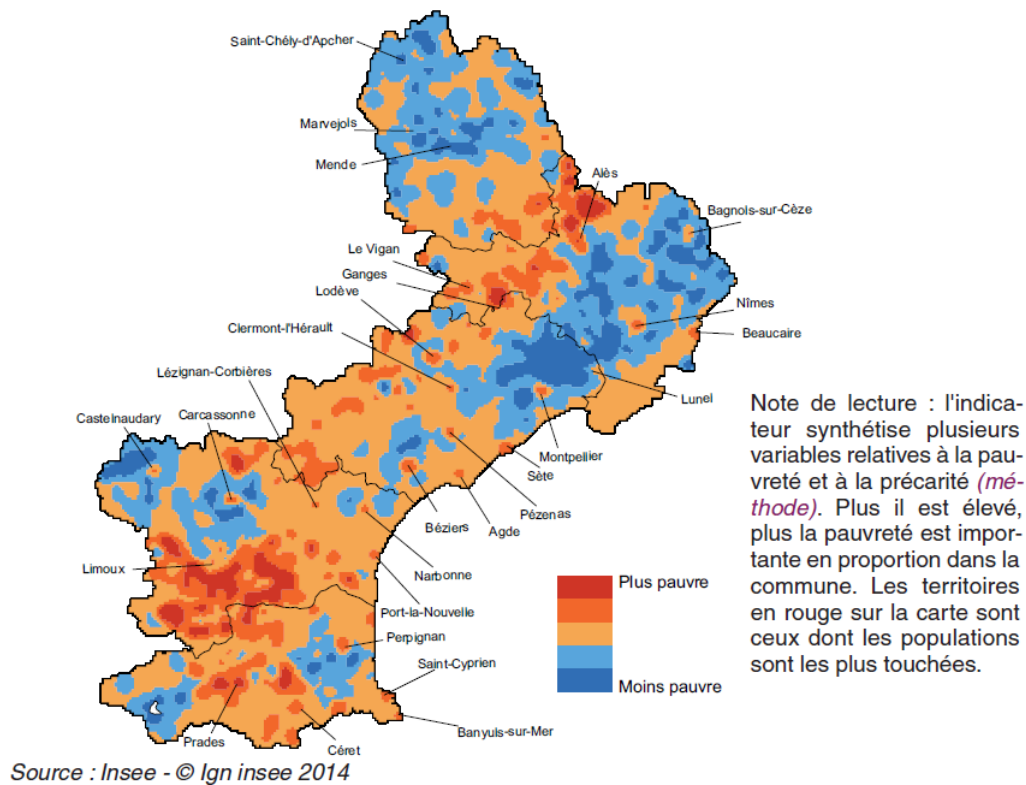
En décembre 2014, l'INSEE a publié un indicateur synthétique²⁹ de la pauvreté-précarité qui intègre notamment :

- La part des foyers fiscaux non imposables,
- Le taux de ménages dont les prestations sociales constituent au moins 75% des revenus,
- La part d'allocataires à bas revenus parmi les moins de 65 ans,
- La part de chômeurs parmi l'ensemble des actifs,
- La part des personnes vivant seules.

Les communes sont ensuite regroupées en 6 classes ; plus l'indice est élevé, plus la pauvreté est importante en proportion dans la commune.

Cet indicateur synthétique met en évidence une pauvreté marquée dans toutes les grandes villes de la région mais également dans de nombreuses communes rurales plus isolées (cf. les 2 cartes ci-après), et montre que, selon le territoire, les risques de pauvreté-précarité peuvent être différents.

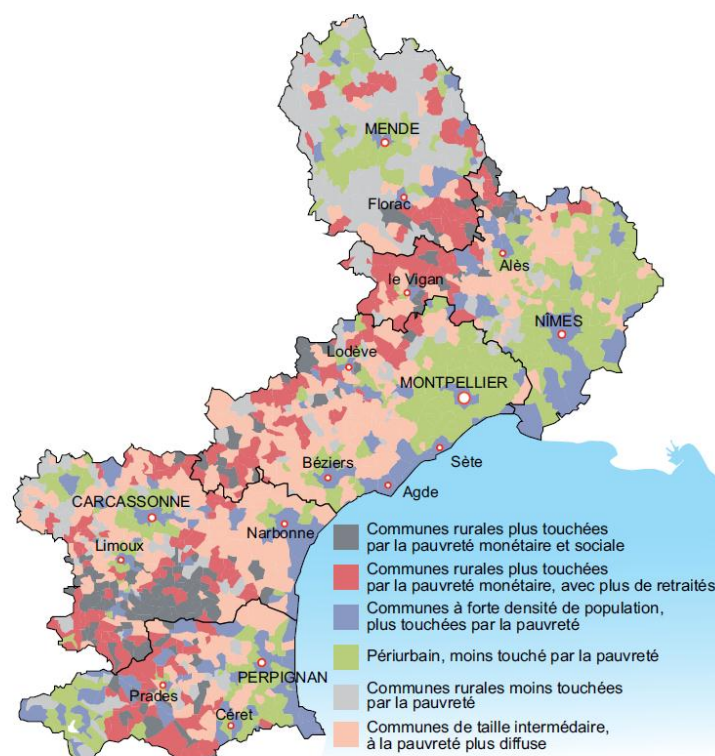
Indicateur synthétique de pauvreté - précarité



²⁹ Pour plus de détails voir INSEE, Analyses Languedoc Roussillon n°5 : La pauvreté en Languedoc Roussillon : à territoires différents, fragilités différentes. Décembre 2014. Cette étude a été réalisée en partenariat avec la DRJSCS Languedoc-Roussillon. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/languedoc/themes/insee-analyses/ina_05/ina_05.pdf

6 types de communes au regard de la pauvreté en 2011

3 types de territoires particulièrement touchée par la pauvreté



Lecture : chaque groupe issu de la typologie de l'ensemble des communes du Languedoc-Roussillon rassemble des communes ayant un profil proche, relativement à la pauvreté.
 Source : Insee - © Ign insee 2014

1.2. La consommation de soins

Avant de présenter les données, il est important de rappeler que la notion « d'absence de consommation de soins » n'est qu'un aspect du non recours et/ou du renoncement aux soins³⁰.

10 404 personnes de 16 ans et plus, affiliées au régime agricole en Languedoc-Roussillon, n'ont eu aucun soin en 2013 et 2014, soit 6,3%. C'est moins que pour le régime général³¹ (7,7%). C'est dans les Pyrénées-Orientales (10,5%) que la proportion de personnes sans soin est la plus élevée et dans le Gard qu'elle est la plus faible (5,4%).

Concernant les soins dentaires, c'est plus d'une personne sur 2, de 16 ans ou plus, de la région (53,75%) qui n'a pas eu de soins en 2013 et 2014, d'après le système d'informations de la MSA ; c'est très au-dessus des chiffres du régime général pour le niveau national (42,9%) et régional (39,2%). Les taux de non consommation de soins dentaires sont particulièrement élevés sur les 16-24 ans et les 65 ans et plus.

Enfin, plus de 6 femmes affiliées à la MSA sur 10, de 20 à 64 ans, n'ont pas eu de soins gynécologiques sur les 2 ans (63,4%) ; ce taux est, de nouveau, plus élevé que ceux du régime général au niveau national (44,3%) et régional (41,7%). Pour la Lozère, ce taux monte à 73,6%.

S'il semble que les affiliés de la MSA du Languedoc-Roussillon, sans aucun soin, soient moins nombreux que pour le régime général, d'autres indicateurs montrent une faible consommation de soins

³⁰ La non-consommation de soins est ici évaluée uniquement par le non-remboursement de soins.

³¹ Source pour absence de consommation de soins pour assurés du régime général : CNAM SIAM ERASME (Observatoire des situations de fragilité de la Carsat LR), 2013-2014.

pour certains besoins, notamment dentaires. Ces données prises ensemble peuvent être un indice de renoncement aux soins et de besoins non satisfaits.

1.3. La complémentaire santé

Le lien entre absence de complémentaire santé et renoncement aux soins a été démontré dans plusieurs études³². Dans la région Languedoc-Roussillon, ce lien semblerait se confirmer puisqu'en effet, les assurés du régime général³³, sans complémentaire santé, recourent beaucoup moins fréquemment aux soins que les personnes qui en ont une.

Toujours pour ce régime, la proportion de personnes ayant eu recours, au moins une fois, à un généraliste est 1,3 à 1,5 fois plus faible selon le département chez les personnes sans complémentaire santé. Concernant les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques, la proportion de personnes ayant eu des soins est environ deux fois plus faible chez les personnes sans complémentaire santé.

Pour le régime agricole, 27% des affiliés résidant dans la région n'ont potentiellement pas de complémentaire santé. Ce taux est de 32% pour les Pyrénées-Orientales. Les données de la MSA sont cependant partielles, la MSA a seulement connaissance des contrats complémentaires pour lesquels elle intervient dans le remboursement (contrat de gestion pour le compte de la complémentaire), et les taux indiqués ne sont donc qu'indicatifs.

En France, il existe deux principaux dispositifs permettant ou favorisant l'accès à une complémentaire santé : la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), qui, même s'ils ne répondent que partiellement à la problématique du renoncement, contribuent tout de même à lever, au moins pour certaines personnes, les freins financiers rencontrés dans l'accès aux soins. En région Languedoc-Roussillon, 15 708 assurés au régime agricole bénéficient de la CMU-C en 2014, soit 8,1% du total de cette population régionale ; pour le régime général, c'est le cas de 14% des assurés au niveau régional.

1.4. L'offre de soins

La région Languedoc-Roussillon observe une densité médicale plus élevée que dans les autres régions mais elle est confrontée, comme ailleurs, à une répartition très inégale des professionnels de santé sur le territoire. On observe ainsi une concentration sur la frange littorale et des zones de faible densité dans les territoires les moins urbanisés où par ailleurs la population est souvent plus âgée. En particulier, les gynécologues et les ophtalmologues ne sont présents, à quelques exceptions près, que dans les grandes et moyennes villes de la région.

Cette absence ou ce manque de professionnels de santé sur certains territoires, notamment en Lozère peut être un frein dans l'accès aux soins.

On peut noter également un vieillissement du corps médical et notamment des généralistes libéraux (1/3 d'entre eux ont plus de 55 ans) et de certaines spécialités comme les gynécologues, les anesthésistes et les chirurgiens.

³² Par exemple, l'étude *Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé* de DOURGNON P., JUSOT F., FANTIN R. - Document de travail n° 47 - IRDES - Avril 2012 ; Odenore, *L'envers de la fraude : le scandale du non-recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte, 2012.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT47EtudeImpactRenoncementFinancierSoinsEtatSante.pdf>

³³ Source pour complémentaire santé et nombre bénéficiaires ACS et CMUC pour les assurés du régime général : CNAM SIAM ERASME (Observatoire des situations de fragilité de la Carsat LR), 2013-2014.

2. Les renonçants

L'enquête par questionnaire fait apparaître une population en renoncement plus féminine, plus souvent sans activité professionnelle et moins âgée que les non-renonçants³⁴. Ces grands traits sociologiques peuvent être affinés à travers l'enquête qualitative qui montre que certaines populations sont plus concernées par le renoncement. Il s'agit des travailleurs précaires et des personnes en maladie ou invalidité. Les agriculteurs exploitants et les retraités sont également des catégories de population touchées par le renoncement de manière spécifique ; ils font l'objet d'une analyse particulière. Les mécanismes, amenant aux renoncements, fonctionnent ainsi légèrement différemment selon l'appartenance à ces catégories, les questions financières s'articulant notamment à d'autres contraintes ou tendances plus spécifiques. Certaines personnes sont présentes dans plusieurs catégories (retraité et invalide par exemple) et peuvent parfois cumuler différentes raisons de renoncement.

2.1. Les renonçants : davantage de femmes et de « précaires »

Pour les assurés sociaux de la MSA, l'enquête par questionnaire, qui a touché 600 personnes, indique un taux de renoncement de 22,2%. Ce taux est plus faible que celui du Régime général de l'Assurance Maladie qui est de 36,3% sur l'ensemble de la région Languedoc-Roussillon. Les femmes représentent 49,6% des renonçants à la MSA, soit une légère surreprésentation compte tenu de leur plus faible présence dans la population générale de la MSA (47,5%) et parmi les répondants (44,5%). Plusieurs hypothèses peuvent venir expliquer cet écart, notamment une différence sociale de genre dans l'attention portée à la santé³⁵. Cette question du rapport à la santé et aux soins sera traitée dans les chapitres suivants.

Les renonçants sont plus nombreux dans la tranche d'âge des 25 à 59 ans (69,05%). A titre indicatif, les 25 à 54 ans représentent 32,4% de la population MSA du Languedoc-Roussillon (Gard exclu), et 45,41% si on élargit jusqu'aux assurés de 64 ans. Globalement, la part des renonçants paraît donc surreprésentée pour les 25-54 ans.

L'enquête par questionnaire montre que les renonçants sont, pour beaucoup, dans une situation de précarité financière. Tout d'abord les personnes sans activité professionnelle représentent 23,3% des renonçants alors qu'elles ne sont que 17,8% chez les répondants et 16,3% chez les non-renonçants. D'autres indices sont à prendre en compte. Ainsi dans les causes de renoncement citées, les raisons financières (restes à charge ou avance de frais) arrivent largement en premier (59,4% et 31,6%). Enfin, 24,4% des renonçants n'ont pas de complémentaire contre 11,1% des répondants et 7,3% des non-renonçants. Pour 42% des renonçants sans complémentaire, cette absence de protection est due à des difficultés financières. L'enquête qualitative confirme cette dimension et montre d'ailleurs que la précarité des renonçants s'étend au-delà de l'aspect financier. Nous y reviendrons plus loin dans cette monographie.

Sur la dimension familiale du renoncement, 31,7% des renonçants ont répondu oui à la question « *Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ?* » et dans 48,7% des cas le membre de la famille renonçant est le/la conjoint(e). Parmi les 42 personnes rencontrées en entretien, 15 ont déclaré des renoncements pour elles et pour un membre de leur famille, leur conjoint ou leur enfant. Cet effectif est important si on le rapporte aux 23 couples

³⁴Cf. Odenore, *Synthèse des premiers résultats quantitatifs du Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon - Départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales*, mai 2015.

³⁵ ALIAGA Christel, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *INSEE Première*, n°869, octobre 2002

avec ou sans enfant(s) (15/23= 65,2%). Ce sont les renoncements « conjugués » qui sont les plus nombreux, ainsi 14 des personnes interrogées vivant en couple (avec ou sans enfant(s)) déclare au moins un renoncement pour leur conjoint, et ce pour des raisons financières.

Quatre personnes parlent aussi d'un renoncement pour un enfant. Il s'agit, à chaque fois, de soins d'orthodontie interrompus ou reportés ; pour des raisons financières dans 3 des cas. Dans une famille avec 6 enfants (plus une qui est indépendante fiscalement mais que les parents continuent d'aider), les contraintes financières obligent à faire des choix entre les soins des enfants, même si ce sont avant tout les parents qui renoncent à satisfaire des besoins de soins. Une ouvrière agricole précaire explique, quant à elle, que c'est son fils de 16 ans qui a décidé de renoncer à un appareil dentaire compte tenu des difficultés que les démarches entraînaient pour sa mère :

- ✓ 11.9³⁶ : « Là, il voulait l'appareil mais il a abandonné parce que ça prenait trop de temps. Il m'a dit : "Maman tant pis, je ferai pas l'appareil". (...) Il m'a dit : "Maman c'est trop long, tu as pas le temps, c'est pas aussi important que ça". Il a abandonné. »

Pour les trois autres, ces soins sont envisagés dans un futur plus ou moins proche.

Les personnes ne déclarant pas de renoncement pour leurs enfants soulignent fréquemment que les besoins de soins de ceux-ci sont prioritaires, par exemple :

- ✓ 34.2 : « Il est suivi, mais bon, mon fils on lui donnerait tout quoi. On regarde pas. »
- ✓ 48.1 : « Au niveau des enfants, mais là eux je les fais soigner par contre. Même si c'est pas remboursé, eux ils ont ce qu'il faut. »

2.2. Les exploitants agricoles : priorité au travail³⁷

Les résultats de l'enquête par questionnaire montrent une forte présence des agriculteurs parmi les répondants de la MSA, ce qui est dû à la surreprésentation de cette profession dans le régime agricole. Pris au niveau des données du questionnaire, les agriculteurs sont au contraire légèrement sous-représentés parmi les renonçants, sauf à considérer également les agriculteurs inactifs (retraités et en invalidité).

2.2.1. Agriculteurs actifs et inactifs

Le régime agricole couvre à 43,3% des non-salariés, cette catégorie comprenant les chefs d'exploitation, les conjoints actifs sur l'exploitation et les aides familiaux³⁸. Pour les départements concernés par l'enquête, ce pourcentage n'est que de 38,4%, avec de fortes disparités selon les départements (29,1% pour les Pyrénées-Orientales contre 74,9% pour la Lozère). Dans les questionnaires, la question posée était la catégorie socioprofessionnelle et non la distinction utilisée par la MSA entre salarié et non-salarié agricole. Il y a ainsi 21,2% d'exploitants agricoles chez les répondants et 20,2% chez les renonçants³⁹. A noter que la MSA ne dispose pas de données sur les agriculteurs pour la région

³⁶ Les entretiens ont été codifiés en fonction du département d'affiliation de la personne (11 pour l'Aude, 34 pour l'Hérault, 48 pour la Lozère et 66 pour les Pyrénées-Orientales) et de l'ordre de rencontre (34.1= première personne reçue en entretien dans le département de l'Hérault).

³⁷ JACQUES-JOUVENOT Dominique et Jean-Jacques LAPLANTE, *Les maux de la terre. Regards croisés sur la santé au travail en agriculture*, Éditions de l'Aube, coll. « Monde en Cours », 2009.

³⁸ Direction des études des répertoires et des statistiques, *Annuaire statistique, population 2013*, MSA, 2014, p.12.

<http://www.msa.fr/lfr/documents/98830/2038168/Population++donn%C3%A9es+2013.pdf>

³⁹ Il serait intéressant de comparer le taux de répondants et de renonçants à celui des agriculteurs, mais il est complexe de trouver des chiffres produits par la MSA sur ce sujet. Si on prend en compte les non-salariés actifs en assurance maladie MSA par rapport à la population totale en assurance maladie (sans les enfants, car ils n'étaient pas touchés par le questionnaire) on trouve 11,34% d'agriculteur pour la MSA Grand sud et 13,43% pour la MSA Languedoc. Si on construit des chiffres à partir des données INSEE de la population générale et du pourcentage d'agriculteur exploitants dans la population, cela nous donne 16,76% d'agriculteurs dans la

Languedoc-Roussillon. Aussi, pour permettre une comparaison avec les données de la MSA, faudrait-il utiliser des catégories statistiques communes, soit celles de salarié et de non-salarié agricole. Ces catégories comprennent indistinctement les personnes en activité, les retraités mais aussi les personnes en invalidité (entraînant une inaptitude au travail), en fonction de leur statut professionnel actuel ou passé.

Dans l'enquête qualitative, on retrouve huit exploitants agricoles en activité, auxquels il faut ajouter cinq exploitants à la retraite et trois agriculteurs en invalidité ayant entraîné une inaptitude au travail ou un arrêt maladie prolongé. Ces 16 agriculteurs (actifs et inactifs) représentent 38,1% de la population rencontrée en entretien, ce qui est très proche du chiffre régional de non-salariés (38,4%). L'intérêt de cette précision n'est pas seulement la comparaison quantitative : les agriculteurs actifs ou inactifs expriment une expérience et des préoccupations au niveau de la santé qui peuvent être rassemblées et qui sont pertinentes à relever au niveau de notre objet de recherche. Ils et elles parlent de « priorité au travail » aux dépens des soins pendant leurs périodes actives, de souffrances spécifiques liées à la profession (troubles musculo-squelettiques) ou encore d'un rapport distancé à la santé.

2.2.2. Le travail agricole et le soin

Un agriculteur à la retraite raconte en entretien avoir arrêté un traitement trop contraignant (contre sa polyarthrite) pour ne pas entraver son activité, quitte à en subir les conséquences. Un pépiniériste en arrêt maladie depuis plusieurs mois explicite, quant à lui, son rapport distancé à la médecine avant son accident, expliquant préférer à l'époque se rendre à la pharmacie dans un souci de rapidité pour se procurer des médicaments sans prescription, plutôt que d'aller chez le médecin.

Plus largement, les entretiens font ressortir un rapport obligé au travail, ce qui a une incidence évidente sur l'accès aux soins. Pourtant, le travail agricole est régulièrement défini à haute pénibilité. Parmi les personnes rencontrées, les exploitants agricoles, encore en activité, expriment également de fortes difficultés financières. Au niveau de la région Languedoc-Roussillon, le revenu mensuel moyen des agriculteurs est plus faible qu'au niveau national, avec 19 600 euros contre 28 900 pour l'année 2013⁴⁰. Les agriculteurs exploitants interrogés déclarent de zéro à 2500 euros de revenus mensuels par ménage (pour 48.10, l'estimation inclut le SMIC de son épouse). Les situations les plus difficiles sont vécues par les nouveaux exploitants, installés il y a moins de quatre ans. C'est le cas de trois personnes reçues en entretien, qui ne reprenaient pas une terre familiale : deux ne gagnaient aucun revenu de leur exploitation et devaient compter sur des allocations diverses, la troisième estimait dégager 500 euros de revenu mensuel avec son travail. Trois des cinq exploitants, plus anciennement installés (depuis plus de 20 ans, dont quatre ont repris l'exploitation familiale), font état d'une précarité financière parfois difficile à estimer étant donné l'aspect variable du revenu agricole. L'un explique ainsi :

✓ 48.5 : « Je gagne pas un SMIC, j'en suis loin »

Un autre évalue, quant à lui, à 500 euros son revenu mensuel. Parmi les agriculteurs déclarant de faibles revenus et/ou restes pour vivre, deux étaient sans complémentaire santé (48.4, 66.4).

Les renonçants donnent priorité à leur travail. Celui-ci passe avant les soins chez les agriculteurs. C'est d'ailleurs par le travail plutôt que par le système de protection sociale que les personnes souhaitent trouver les solutions à leurs problèmes d'accès aux soins, quand ceux-ci sont financiers (voir chapitre 5).

population du Languedoc-Roussillon hors Gard. Il y aurait donc une surreprésentation des agriculteurs en activité chez les répondants, mais ces chiffres sont obtenus à partir d'approximations ou de données éparées et sont donc peu fiables.

⁴⁰ INSEE, *Résultats des exploitations agricoles en 2013*, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=1&ref_id=agrtc10101

Certaines spécificités sont à relever chez les agricultrices. Comme on l'a indiqué, les femmes sont surreprésentées dans la population des renonçants, et ce aussi bien parmi les assurés du régime agricole que parmi les assurés du régime général selon l'enquête quantitative. En France, selon les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), les femmes représentent 45,5% des non-salariés agricoles et 24% des exploitants en activité. La région Languedoc-Roussillon fait partie des régions avec la plus grande proportion de femmes chefs d'exploitation⁴¹. Parmi les personnes interrogées, trois des huit agriculteurs en activité sont des femmes (37,5%). Leur discours sur le « travail de force » et les difficultés de la situation d'agriculteur ne diffère pas de celui des hommes. On peut cependant noter que deux exploitantes agricoles, toutes deux ayant moins de 35 ans et ayant commencé leur activité agricole depuis moins de 4 ans, expliquent l'importance pour elles des soins d'ostéopathie pour leur dos. L'idée d'une plus grande vigilance des femmes par rapport aux questions de santé et le profil des nouvelles agricultrices, en moyenne plus diplômées et formées, peuvent éclairer cette tendance⁴² que nous aborderons dans la suite de cette monographie.

2.3. Des travailleurs précaires : un travail prioritaire mais peu protecteur

2.3.1. Précarité et travail

Les personnes sans activité professionnelle représentent 17,5% des répondants au questionnaire. Parmi les renonçants, 23,3% sont sans activité professionnelle contre 16,3% parmi les non-renonçants. Il y a donc une surreprésentation des personnes sans emploi chez les renonçants. Si on considère les questionnaires, six personnes ont coché la case « sans activité professionnelle », soit 14,3%. Parmi elles, se trouvent des personnes en invalidité ou ayant retrouvé un emploi après le remplissage du questionnaire. Ce groupe intègre, à la fois, les personnes à la recherche d'un emploi et d'autres n'en recherchant pas. L'approche qualitative et l'analyse des entretiens permettent une catégorisation différente en termes de *fragilité face à l'emploi*.

Dans l'enquête qualitative, trois personnes sont effectivement sans emploi déclaré mais en cherchant un au moment de l'entretien, soit 7,1% des personnes. A celles-ci s'ajoutent deux personnes à temps partiel et quatre autres en contrat à durée déterminée, ce qui donne un total de 9 interviewés (21,4%) ayant une relation fragile à l'emploi, dont 5 femmes. Ces personnes appartiennent au marché secondaire de l'emploi, c'est-à-dire qu'elles possèdent un travail plus faiblement protecteur à la fois économiquement et socialement⁴³. La plupart des travailleurs précaires rencontrée en entretien est célibataire (quatre personnes, dont une personne séparée n'ayant pas la garde de ses trois enfants), d'autres sont en couple (trois personnes) et enfin il y a deux familles avec enfants (dont une avec six enfants à charge).

2.3.2. Des ressources plus faibles, une protection fragile

Au niveau des ressources, les déclarations des personnes vont de 440 à 1200 euros pour les personnes seules (5 personnes), à 1900 (pour un couple avec un enfant) et 2500 euros (pour un couple avec 6 enfants, l'essentiel provenant de revenus de transfert). Les autres ménages (11.2 et 66.1) sont des couples sans enfant dont les revenus oscillent entre 1200 et 1230 euros. Tous ces ménages sont des ménages à bas revenus selon la définition de l'INSEE⁴⁴ (hormis une femme ayant 1200 euros car elle touche l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), en complément). La précarité se positionne ainsi au

⁴¹ DERS, *La population des exploitants agricoles en 2011*, MSA, p.14.

⁴² LAISNEY Céline, *Les femmes dans le monde agricole - Analyse N°38* [Rapport], Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du Territoire Secrétariat Général, 2012.

⁴³ CASTEL Robert, *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*, Editions du Seuil, 2009.

⁴⁴ Ménage dont le revenu mensuel après prestations par unité de consommation (1 pour un adulte, 0,5 pour les enfants de plus de 14 ans et 0,3 pour les autres) est inférieur à 60% de la médiane du revenu disponible des ménages par unité de consommation. Ce seuil était de 990 euros en 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14421#definition

niveau du couple et pas uniquement de l'individu, les revenus du conjoint ou de la conjointe étant parfois d'un niveau similaire voire inférieur.

Cette fragilité économique a des conséquences sur l'accès aux soins. En amont, elle a également des conséquences sur la protection complémentaire. Ainsi 4 de ces travailleurs précaires sont sans complémentaire au moment de l'entretien et un autre n'est protégé que depuis son hospitalisation récente. Au-delà des difficultés financières pour contracter une complémentaire santé, la précarité de l'emploi peut aussi précariser la protection pour d'autres raisons. En particulier, l'instabilité des revenus fait varier l'éligibilité à la CMU-C ou à l'ACS, et accroît le risque de rupture de la protection (voir chapitre 5).

De plus, la recherche d'un emploi ou le maintien dans l'emploi constitue une priorité pour ces travailleurs précaires (ex : 34.3, 34.14, 11.2, 11.9, 66.1), ce qui a tendance à faire passer les besoins de soins au second plan (voir chapitre 5).

2.4. Les retraités : des revenus en baisse, des besoins en hausse

Même si les données quantitatives tirées des questionnaires montrent que les retraités sont, en moyenne, moins renonçants que les autres catégories de population, ils constituent une part importante de la population étudiée vu leur proportion parmi les personnes couvertes par la MSA. Les difficultés d'accès aux soins des retraités sont souvent financières, mais la question économique est liée également à un rapport à l'avenir et à une volonté de maintien de l'autonomie, comme les entretiens sont venus le souligner.

2.4.1. Les retraités moins renonçants

Les retraités représentent 34,1% de la population couverte par la MSA en Languedoc-Roussillon (Gard exclu) soit légèrement plus que le poids des retraités dans cette même aire géographique (30,2%)⁴⁵. Parmi les répondants au questionnaire, les retraités sont sous-représentés parmi les renonçants avec 21,71% alors qu'ils représentent 31,96% des non-renonçants, et 29,17% du total des répondants.

Dénombrement de la population agricole retraitée avec les droits ouverts en maladie au 31/12/2014

Tranche d'âge	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	Languedoc-Roussillon
55-64 ans	1090	2057	1882	445	879	6353
65-74 ans	3738	5933	5477	1251	3116	19515
75-84 ans	4882	5126	6173	1568	3862	21611
85 ans et plus	4186	3332	5021	1041	3207	16787
Total	13896	16448	18553	4305	11064	64266

Sources: CMSA du Languedoc et Grand Sud/infocentre

Lors des entretiens, huit personnes (19%) sont à la retraite : 4 hommes et 4 femmes. Auparavant, cinq étaient agriculteurs, deux travaillaient comme ouvriers agricoles et une était aide-soignante. Dans ce

⁴⁵ Comme nous l'avons dit précédemment, les données chiffrées relatives au régime agricole ont été préparées et fournies par G. CARMINADE, statisticienne à la MSA Languedoc.

groupe d'enquêtés, 3 personnes vivent en couple et 5 sont célibataires : une veuve, trois personnes séparées ou divorcées et un célibataire vivant avec son père. Les célibataires peuvent être classés dans la catégorie des *retraités fragilisés*, la situation de célibat ou de veuvage à cette période étant considérée dans l'assurance sociale comme un risque de fragilité supplémentaire⁴⁶. Pour information, au niveau du régime général, la part des retraités fragilisés (qui comprend aussi les personnes au minimum vieillesse ou exonérées de la CSG) oscille entre 38,9% et 42,6% pour les départements qui nous concernent (Pyrénées-Orientales exceptées, données indisponibles)⁴⁷. Parmi les personnes interrogées, quatre sont à la retraite depuis plus de 5 ans, deux depuis 2 à 5 ans alors que deux ont pris leur retraite il y a moins d'un an.

2.4.2. Des difficultés financières

Une majorité des retraités interrogés (6 sur 8) a fait part de difficultés financières pour accéder aux soins. Les données nationales font état de faibles retraites pour les agriculteurs, avec 9708 euros par an contre 15456 euros pour la population retraitée globale⁴⁸. Certaines des personnes interrogées déclarent de faibles retraites (3 touchent moins de 850 euros), parfois complétées par d'autres revenus. C'est le cas de cette ancienne agricultrice (34.9) qui vient de prendre sa retraite : elle reçoit 380 euros de pension de retraite du fait de nombreuses ruptures d'activité, mais perçoit 1200 euros de loyers pour des logements qu'elle loue. Les anciens ouvriers agricoles interrogés déclarent des retraites légèrement supérieures (34.11, 1150 et 34.1 : 1280 euros), mais qui restent en dessous de la moyenne nationale. Ils sont également tous les deux locataires de leur logement alors que les autres retraités rencontrés sont propriétaires (34.9, 34.10, 48.7) ou usufruitiers (11.1, 11.3, 11.5).

La fragilité de certains retraités est accentuée par une faible protection complémentaire. Ainsi, une ouvrière agricole à la retraite est sans complémentaire (34.11) et une agricultrice retraitée, qui a par ailleurs un 100% pour certains soins du fait d'une invalidité, a une complémentaire ne prenant en charge que les frais d'hospitalisation (11.3).

2.4.3. Renoncer dans le présent pour prévoir l'avenir

Il ressort, des entretiens avec les personnes à la retraite, un besoin explicite de gérer au plus près des budgets serrés. La situation de retraité précaire complique à l'évidence l'accès à des soins, dont le besoin s'accroît généralement avec l'âge. Certains soins sont ainsi mis en attente devant l'incertitude de l'avenir. Une agricultrice à la retraite préfère ne pas déboursier une somme importante pour des implants dentaires, bien qu'elle puisse la réunir, car elle estime que ses revenus provenant principalement de loyers peuvent être insuffisants quand ils ne sont pas incertains : un locataire a refusé de payer son dû et lui a fait subir une perte substantielle de revenus sur une longue période (34.9). Une autre explique avoir dû renoncer à une cure qu'elle faisait tous les ans à cause d'une augmentation de sa CSG de 41 euros. Elle explique qu'il suffit qu'un problème advienne, une panne de voiture par exemple, pour que son budget serré soit bouleversé. Elle précise également que l'entretien de la voiture représente des frais indispensables car elle réside à la campagne :

- ✓ 11.3 : « Alors euh, ou il faut que je vende ma voiture et je reste là tranquille et j'attends que la vie, que la mort me prenne ou alors bon... »

⁴⁶ Dans le champ de l'assurance sociale, la catégorie des *retraités fragilisés* est utilisée pour définir une cible d'action précise notamment par la CNAV, Caisse Nationale Assurance Vieillesse. Plusieurs dimensions de fragilité sont prises en compte, dont une dimension sociale (vivre seul) et économique (toucher le minimum vieillesse).

⁴⁷ <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf>

⁴⁸ Sources : données CNAV.

⁴⁸ Chiffres de 2013, <http://www.retraite.com/fr/chiffres-retraite-msa-2013#.VcyVUPmKDIU>

Ces prévisions servent ainsi à sauvegarder une autonomie mais aussi une indépendance, vis-à-vis de leurs enfants notamment. Il s'agit de prévoir pour ne pas être à la charge de la nouvelle génération et parfois même de continuer à l'aider. Un agriculteur retraité, dont la femme travaille encore avec son fils, raconte ainsi que la majeure partie des revenus de l'exploitation est réinjectée dans l'exploitation afin de la soutenir, même si ce procédé réduit les revenus du ménage.

2.5. Les personnes en invalidité et arrêt de travail, la maladie ou l'accident comme rupture principale

Une autre catégorie ressort des entretiens et est exposée également au phénomène de renoncement aux soins : les personnes en invalidité ou en arrêt maladie longue durée avec une perspective incertaine de reprise d'activité. Cette situation a des conséquences sur leurs revenus mais aussi sur leur protection sociale.

2.5.1. Une catégorie large

Les catégories « accident de travail », « arrêt maladie » et « invalidité » sont larges et recouvrent des réalités très diverses pour donner lieu à un repérage précis des personnes concernées. De plus, le questionnaire passé auprès des 600 assurés au régime agricole n'a pas cherché à identifier ces catégories. Seuls les entretiens ont permis de connaître la situation d'invalidité ou d'arrêt maladie longue durée des personnes. Au total, sept personnes sont en invalidité, dont six avec une inaptitude, et cinq en arrêt maladie avec des incapacités temporaires. On peut ajouter également deux autres personnes qui ont un conjoint dans l'une ou l'autre de ces situations.

On trouve principalement des hommes dans cette catégorie de renonçants (10 sur 14)⁴⁹ et, surtout, des personnes qui renoncent à de nombreux soins, souvent depuis longtemps.

2.5.2. Une perte de revenu et une protection insuffisante

La maladie et l'invalidité sont des épisodes qui entraînent une perte de revenu et qui peuvent ainsi compliquer l'accès aux soins. Des difficultés financières sont évoquées par 13 personnes et l'invalidité ou la maladie sont avancées comme cause de ces difficultés pour 11 d'entre elles. Les personnes dont l'invalidité est reconnue perçoivent une pension et bénéficient d'une prise en charge à 100% pour tous les frais médicaux liés à leur invalidité ou à leurs pathologies. Le bénéfice n'est toutefois pas toujours immédiat ou régulier, ce qui produit des incompréhensions. Les entretiens montrent que certains paiements sont suspendus sans que les personnes en connaissent la raison (11.8), que d'autres ont une mauvaise connaissance du 100% (34.6) ou n'ont pas été informées de leurs droits pendant des années et n'ont ainsi pas pu y accéder (66.4).

Deux personnes sont également sans complémentaire santé à cause de démarches toujours en cours et qui tardent à aboutir : l'une d'elles a rencontré des difficultés dans son renouvellement de CMU-C et l'autre doit revoir son système d'assurance après qu'un accident grave lui ait fait perdre son exploitation.

⁴⁹ « Si les hommes sont plus touchés par les accidents du travail (76 cas pour 1000 pour les hommes, 33 pour les femmes chez les non-salariés; respectivement 47 et 19 pour les salariés), les femmes déclarent plus souvent des maladies professionnelles (2,43 pour 1 000 contre 1,77 pour les hommes non-salariés ; respectivement 2,15 et 1,33 pour les salariés), essentiellement des troubles musculo-squelettiques. » In LAISNEY Céline, *Les femmes dans le monde agricole - Analyse N°38 [Rapport]*, Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du Territoire Secrétariat Général, 2012, p.5.

A l'inverse, une personne en invalidité explique être bien protégée grâce à la mutuelle de son mari qui, de plus, a des revenus confortables. Mais les douze autres entretiens indiquent que les personnes, seules ou en couple, ont de faibles revenus et ne peuvent pas bénéficier du soutien financier de tiers.

2.5.3. Un éloignement de l'emploi

Seules deux personnes en invalidité ont un emploi, dont une à temps partiel. Pour les autres, l'invalidité s'accompagne d'une inaptitude au travail. La maladie aussi est une barrière à l'activité quand elle entrave une reprise dans de brefs délais. C'est le cas dans quatre entretiens : trois personnes ont eu des accidents ou des opérations les empêchant durablement de travailler et une autre n'a toujours pas réussi à reprendre son travail en crèche après la perte d'un enfant en couche. Ces situations ont des conséquences économiques mais aussi morales ou psychologiques. Tous les enquêtés expriment leur envie de retrouver une activité qui leur permettrait, comme auparavant, de satisfaire leurs besoins de base, comme celui de se soigner (34.8, 34.14, 11.2). Comme nous l'avons précédemment expliqué pour les retraités, une situation d'invalidité ou d'arrêt maladie de longue durée peut limiter les perspectives des personnes quant à une éventuelle augmentation de leurs revenus. Dans ce cas, l'accès aux soins peut durablement être entravé par des difficultés financières.

On retrouve parmi les renonçants des profils divers, représentatifs de la population MSA avec des agriculteurs, des retraités, des travailleurs précaires, mais aussi des familles avec enfants, sans enfant ou encore des célibataires et des personnes seules avec enfant(s). Les catégories qui ressortent par leurs spécificités - agriculteurs, travailleurs précaires, retraités et personnes en invalidité ou arrêt maladie - se rejoignent souvent sur un critère, celui de la précarité financière. Cette raison principale du renoncement à des soins n'est pas seule, d'autres motifs agissent, mais elle est récurrente quel que soit le type de soin concerné.

3. Les besoins de soins non satisfaits

Les besoins non satisfaits sont divers et souvent cumulés, c'est-à-dire que de nombreuses personnes renoncent à plusieurs types de soins à la fois. L'enquête qualitative permet, en outre, de mettre à jour des renoncements qui n'apparaissent pas dans les questionnaires et donnent à voir plus précisément les motifs. Certes, globalement, les raisons financières arrivent toujours en premier : la présence de restes à charge explique, en effet, largement les renoncements aux soins dentaires ou à certains spécialistes. Toutefois, le renoncement au médecin généraliste s'explique davantage par le rapport des personnes à la santé.

3.1. Souvent des besoins de soins multiples, pas toujours identifiés

Il apparaît, au travers des questionnaires, que chaque renonçant déclare en moyenne 1,9 renoncements. Au niveau des entretiens, 32 personnes (76,2%) font état de multiples renoncements, c'est-à-dire qu'elles disent renoncer à plusieurs soins, mais 11 d'entre elles ne l'avaient pas noté dans le questionnaire. C'est à travers l'entretien que ces besoins de soins non satisfaits apparaissent. Cette non-déclaration, au niveau de la passation des questionnaires, peut s'expliquer de deux manières : soit les personnes jugent certains besoins de soins insuffisamment importants pour les citer, soit elles considèrent au contraire que ces renoncements sont devenus inévitables ou insolubles ; c'est le cadre de l'entretien qui fait ressortir ces renoncements :

- ✓ 11.10 : « *Je me rends compte que je suis en train, qu'y a plein de trucs que je repousse ! (Rires) C'est horrible, je pensais pas, j'y pensais pas avant de venir ici, j'avais juste pensé aux dents.* »

Une partie des personnes n'a cité qu'un seul soin reporté⁵⁰ dans le questionnaire. Ces enquêtés focalisent ainsi leur attention sur un besoin spécifique qu'ils tentent de satisfaire dans la période, alors que les autres soins passés sous silence sont souvent plus anciens et que des solutions bricolées ont parfois été mises en place.

Certains besoins sont ainsi oubliés alors que d'autres apparaissent davantage du fait notamment de l'inconfort important qu'ils procurent, les problèmes dentaires arrivant en tête.

3.2. Les soins dentaires : les plus chers, les plus douloureux, les plus apparents

Les répondants s'accordent sur le faible taux de remboursement des soins dentaires, leur prix trop élevé et le fort niveau de douleur ou d'inconfort qu'entraîne ce type de problèmes.

3.2.1. Soins dentaires prothétiques et conservateurs

Ce sont les soins dentaires qui apparaissent le plus fréquemment parmi les soins reportés ou renoncés. Le questionnaire faisait état de 45,1% des renonçants qui renonçaient à des soins dentaires prothétiques et 32,3% à des soins conservateurs. Pour l'échantillon reçu en entretien, 31 personnes sur 42 ont expliqué mettre en attente des soins dentaires, que ce soit des soins prothétiques, conservateurs ou d'orthodontie. On peut ajouter 2 autres personnes qui énoncent un renoncement aux soins dentaires pour un membre de leur famille (34.1 pour sa fille et 48.6 pour son conjoint).

Dans 6 des questionnaires des personnes reçues pour l'enquête qualitative, seuls les soins dentaires

⁵⁰ On parle de soins *reportés* car les personnes estiment que la mise en attente prendra fin prochainement pour ces soins, que cette prévision se réalise ou non ou qu'elle semble pertinente compte tenu de la situation matérielle des individus ou pas. Certains soins non satisfaits sont ainsi *vécus* comme des reports et non comme des renoncements.

étaient cités alors que d'autres besoins de soins non satisfaits sont apparus au cours de l'entretien. Ces problèmes dentaires, notamment du fait des douleurs qu'ils entraînent et des difficultés financières pour y remédier, viennent ainsi, dans certains cas, occulter d'autres besoins vus comme moins essentiels. A l'inverse, 3 personnes n'ont pas cité les soins dentaires dans le questionnaire mais les ont abordés lors de l'entretien (34.4, 66.3, 48.7). Pour ces trois personnes, les soins dentaires dont ils ont besoin sont importants et sont vus comme inaccessibles en France ; cette certitude entraîne une forme d'acceptation (de la situation ou de solutions bricolées) qui explique cette absence de déclaration.

3.2.2. *Les coûts, les faibles remboursements et les problèmes de disponibilité*

Si on fait la distinction entre soins conservateurs et soins prothétiques, dans les questionnaires des personnes reçues en entretien, 11 ont coché les deux, 10 seulement les soins prothétiques et 6 les soins conservateurs.

Dans les entretiens, il apparaît, qu'une partie importante des personnes ayant cité les deux types de soins, n'a pas été voir le dentiste depuis longtemps ou a stoppé des soins il y a plusieurs années : elles ignorent donc, en partie, les soins dont elles ont besoin.

Au contraire, les personnes ayant coché seulement les soins prothétiques sont le plus souvent dans une démarche de soins qu'elles ont toutefois dû mettre en attente à cause de devis trop élevés (c'est le cas de 8 personnes, dont une se base sur un devis datant de 10 ans et une autre prend comme comparaison le prix de son dentier précédent). Pour les deux personnes restantes, elles ne peuvent pas citer de devis ou de prix, mais c'est tout de même par des raisons financières qu'elles expliquent leurs renoncements. Elles anticipent donc le coût élevé des soins, ceci en fonction d'expériences de proches ou d'informations glanées dans les médias. Ainsi une personne en arrêt maladie explique ne pas tenter de mettre en place des soins dentaires à cause du coût anticipé :

- ✓ 34.14 : « *Quand on voit à la télé les reportages des gens qui vont se soigner à l'étranger parce que justement les dents ça coûte deux fois moins cher (...), si les gens font ça, y a sûrement une raison, c'est qu'en France c'est très, très cher.* »

Les personnes, ayant coché uniquement l'item « soins conservateurs », n'ont pas été faire de visite chez le dentiste depuis au moins 2 ans et ne savent pas à quoi s'en tenir. Les raisons évoquées pour ce renoncement à une visite de contrôle, qu'il y ait ou non des douleurs, sont avant tout de l'ordre de la disponibilité : les personnes ne trouvent pas ou ne prennent pas le temps de prendre rendez-vous ou n'arrivent pas à intégrer ces rendez-vous dans leur emploi du temps

- ✓ 66.5 : « *Après y a la question du temps qui se présente. Ah bah c'est que ça prend du temps quand on est gestionnaire d'un domaine, on a pas forcément toujours le temps d'aller à droite à gauche faire des soins, chez le médecin, tout ça quoi.* »

Au niveau des questionnaires, on trouve 12,8% (17 personnes sur 133) des renonçants ayant coché l'item « Problème de disponibilité » comme raison de renoncement sans considération du type de soin renoncé.

Dans le cas des actes prothétiques, les raisons du renoncement sont toujours d'ordre financier même si d'autres raisons s'ajoutent à ces questions économiques pour certains : disponibilité et peur du dentiste notamment. Les devis ou les estimations de dépenses prothétiques quand elles sont citées, vont de 500 à 3000 euros. Pour comparaison, la dépense moyenne en prothèses dentaires pour la MSA s'échelonnait entre 337 et 383 euros par personne et par an pour les départements de l'enquête pour la période du 01/01/2013 au 31/12/2014. Au-delà du prix des soins dentaires, ce sont leurs faibles remboursements qui empêchent les personnes de les mettre en place, ce qui semble être plus

particulièrement le cas pour les dentiers et les implants dentaires (34.9, 48.7).

3.2.3. *Des conséquences médicales et sur le bien-être*

Au niveau des conséquences du renoncement aux soins dentaires, des douleurs plus ou moins fortes et continues sont le lot de nombreuses personnes interrogées. Un employé de banque précise par exemple :

✓ 34.16 : « *Je plains tous les gens comme moi qui, qui en souffrent tous les jours.* ».

On peut également citer des conséquences médicales plus importantes, comme dans le cas de cette femme qui fait le lien entre ses problèmes dentaires qui ont un effet sur sa mastication et sa hernie hiatale. Une autre femme a, quant à elle, été mise en garde par son médecin sur les conséquences au niveau gastrique de ses problèmes dentaires. Au niveau du confort de vie, les soucis dentaires conduisent une partie des individus à mixer leurs aliments ou à trouver d'autres stratagèmes pour ne pas réveiller leurs douleurs.

3.3. **Le renouvellement de lunettes et les besoins ophtalmologiques**

Ce sont les besoins ophtalmologiques et de lunetterie qui arrivent en seconde position dans les soins renoncés au niveau de la passation des questionnaires (29,32%), comme au niveau des entretiens (17 personnes). Comme pour les soins dentaires, la question financière constitue une barrière importante, à laquelle s'ajoute la faible dimension d'urgence accordée à ces soins par les personnes. Plus généralement, il ressort des entretiens que les personnes classent leurs besoins de soins selon différents critères qui vont déterminer la mise en place de soins ou leurs reports : gravité et dimension d'urgence perçue, existence d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, conséquence sur le travail ou la vie sociale...

3.3.1. *Lunetterie et ophtalmologie*

Il est difficile de distinguer les rendez-vous ophtalmologiques des besoins en lunetterie. Bien que ce soit souvent et principalement le coût élevé de la lunetterie qui entraîne un renoncement, plusieurs personnes ayant renoncé expliquent ne pas aller chez l'ophtalmologue sachant qu'elles ne pourront pas s'offrir les lunettes qui seront prescrites ; un renoncement en entraîne un autre. En prenant donc ces éléments ensemble, lunetterie et ophtalmologie, 29,3% des renonçants du questionnaire sont concernés. Au niveau des entretiens, 17 personnes de l'échantillon (40,47%) ont évoqué ces deux types de renoncement, dont deux n'en avaient pas fait état dans le questionnaire.

3.3.2. *Des coûts élevés pour une préoccupation faible*

Le coût et les faibles remboursements des dispositifs d'optique viennent expliquer la majeure partie de ces renoncements. Certains déclarent avoir leurs lunettes depuis 7 ans, ou parfois 15 ans, mais ne prévoient pas de les changer vu les prix. Encore une fois, certains renonçants connaissent avec précision le prix de leur appareillage optique quand d'autres l'anticipent sans élément objectif. Un retraité (11.1) raconte ainsi avoir été chez l'ophtalmologue il y a quatre ou cinq ans pour un renouvellement de lunettes mais n'avoir pas pu payer pour ces dernières ; il doit donc y retourner car son ordonnance est périmée. Pour d'autres, le renoncement est plus récent. Une employée (48.6) explique ainsi attendre un meilleur moment pour pouvoir se procurer de nouvelles lunettes à sa vue car elle a déjà utilisé son forfait annuel lunettes/lentille prévu par sa complémentaire.

Le plus souvent les renoncements ophtalmologiques ou de lunetterie sont évoqués comme des

renoncements présentant peu de gravité ou entraînant peu de conséquences. Certains parlent de confort, ou même d'esthétique quand il s'agit de changement de montures :

- ✓ 11.10 : « *Si on prend la base du remboursement pour avoir des lunettes toutes moches... Enfin je veux pas non plus des lunettes Gucci ou quoi que ce soit, mais après y a un minimum quand même. Du coup ben là j'attends, ce sera pas pour maintenant.* »

D'autres, au contraire, mettent en avant l'aspect de nécessité de ce besoin, refusant justement qu'il soit associé à un luxe (34.2, 11.3). L'aspect peu pressant de ce besoin de soin est cependant généralisé. Même les personnes détaillant leurs problèmes de vision restent modérées sur l'importance des besoins ophtalmologiques. Un berger explique, par exemple, qu'une bonne vision n'est pas primordiale dans le cadre de son travail :

- ✓ 48.4 : « *C'est second, c'est complètement hors de ma vie quoi. (...) Je fais pas attention quoi, je conduis des brebis toute la journée, je m'occupe pas à savoir si j'arrive à regarder de près ou de loin quoi !* »

Cette faible préoccupation peut cependant entraîner certaines conséquences. Un ouvrier agricole (11.2) raconte ainsi s'être blessé à l'œil pendant son travail et avoir tardé à aller consulter. C'est sa conjointe qui l'a poussé à le faire, mais il était trop tard et les séquelles étaient irréversibles. Il voit aujourd'hui des « ronds noirs » mais ne va pas, pour des raisons financières et de disponibilité, aux rendez-vous de contrôle que lui avait conseillé son ophtalmologue.

3.4. Les spécialistes et les rendez-vous de contrôle ou de suivi

En dehors des soins dentaires et ophtalmologiques, les rendez-vous de spécialistes auxquels les personnes renoncent recouvrent de nombreuses pathologies et professionnels de santé. Au niveau des données du questionnaire, les soins spécialisés faisaient l'objet de différents items. Les soins spécialisés, hors ophtalmologie, représentent 6,8% des soins renoncés mais ce chiffre ne prend pas en compte les rendez-vous chez un cardiologue (1,5%), un dermatologue (2,26%) ou encore un gynécologue (9,77%). On a choisi, dans cette partie, une catégorisation incluant l'ensemble des soins spécialisés, hors ophtalmologie, pour éclairer le renoncement spécifique aux spécialistes, dont les raisons principales restent les prix élevés et le temps d'attente pour avoir un rendez-vous. Cette catégorisation, en intégrant également les soins gynécologiques, s'attache davantage à faire la distinction entre deux types de rendez-vous, à savoir ceux de contrôle et ceux pour un soin spécifique.

3.4.1. Des besoins ponctuels et des examens de suivi ou de contrôle

Parmi les 15 personnes (35,7%) reçues en entretien qui ont dit renoncer à des rendez-vous avec des spécialistes, il est possible de faire une distinction entre celles voulant consulter pour une question précise, correspondant donc à un besoin ponctuel, et celles souhaitant avoir une visite de suivi ou de contrôle, sans qu'il soit prescrit par un généraliste.

Une partie des personnes (9 sur 15) exprime un besoin spécifique qui, selon elles, ne peut être correctement pris en charge que par un spécialiste. Trois personnes souhaitent ainsi voir un psychologue, deux un rhumatologue, deux un cardiologue, une voudrait consulter un podologue et une autre évoque le besoin de passer une IRM.

Trois autres personnes expliquent ne pas pouvoir respecter des rendez-vous de suivi prévus avec des spécialistes (un gynécologue, un chirurgien et un spécialiste de la thyroïde).

Enfin, cinq renonçants reportent des rendez-vous de contrôle : trois pour un contrôle gynécologique,

une pour une mammographie et une pour un rendez-vous dermatologique dans le cadre d'une vérification de grains de beauté.

3.4.2. *Les causes du renoncement : dépassement d'honoraires, disponibilité et utilité*

Les causes énoncées pour expliquer ces renoncements aux spécialistes sont variées et se cumulent pour certains renonçants. Le prix de la consultation est évoqué pour huit d'entre eux :

- ✓ 11.3 : *Là je vais aller voir le spécialiste, il va me mettre peut-être 80 euros de visite et après on me remboursera sur une trentaine d'euros peut-être. Comment vous faites hein ? Hum hum ! C'est affolant. »*

La question des dépassements d'honoraires est mise en avant de manière explicite dans deux de ces cas (dont un n'a pas de complémentaire). La difficulté d'obtenir un rendez-vous, ou de se dégager du temps pour se rendre à ces consultations, est une raison avancée par cinq des personnes. Trois des renonçants expliquent, quant à eux, avoir une faible motivation. Pour deux d'entre eux, ce sont des soignants qui leur ont conseillé une visite chez un spécialiste, mais ils considèrent cette consultation comme peu urgente ou pas essentielle. Une autre personne, qui a coché dans le questionnaire comme raison « lassitude », explique ne pas trouver le déclic pour prendre rendez-vous chez un dermatologue alors même que certains de ses grains de beauté la préoccupent (66.3). Même quand la question de la motivation n'est pas explicitement avancée, certains minimisent l'importance de ce renoncement, notamment quand il s'agit d'une visite de contrôle ou de suivi :

- ✓ 66.5 : *« Normalement faudrait faire un frottis tous les ans ou tous les deux ans, mais c'est pas catastrophique. »*

Enfin, pour un cas, ce sont des expériences médicales antérieures douloureuses qui découragent la personne d'aller consulter un gynécologue (34.3).

3.4.3. *La dimension du genre : des soins spécifiques*

Il ressort des entretiens que, dans cette catégorie de renoncement, les femmes sont surreprésentées (10 sur 15). De plus, deux d'entre elles évoquent des renoncements multiples au niveau des spécialistes. Ainsi on ne trouve que des femmes pour les renoncements aux rendez-vous de suivi et de contrôle. Cette situation n'a rien d'étonnant car ces visites sont en majorité liées à des problématiques féminines (gynécologie, mammographie). Cette situation « parle » cependant du suivi médical des femmes et du rapport que les femmes entretiennent avec leur suivi médical. On peut profiter de cette partie pour préciser que des entretiens ont mis à jour deux renoncements en lien avec la méthode contraceptive. Pour l'une, la personne n'a pas pu obtenir la méthode souhaitée et a dû se contenter de la méthode remboursée (48.1). Pour l'autre, les faibles remboursements de sa pilule contraceptive, celle remboursée ne lui convenant pas, l'obligent à réduire ses prises (66.5).

3.5. Le renoncement au généraliste et la question des besoins de soins

Le renoncement au généraliste est relativement fréquent si on considère cette question largement, c'est-à-dire en prenant en compte que des besoins de soins peuvent être ressentis sans que l'opportunité d'une réponse médicale apparaisse évidente pour les individus. Parallèlement, et comme nous l'avons dit, certains besoins de soins ne sont pas ressentis, ou sont niés, par les personnes.

3.5.1. *Une catégorie aux limites floues*

Le renoncement au généraliste est une catégorie complexe à interpréter et à délimiter. Dans le Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard (BRSG), il apparaît plus important pour la MSA que pour le régime général (13,9% des renoncements contre 6,9% pour « accueil CPAM » et

6,4% pour le total⁵¹). Si on prend les résultats de la présente enquête par questionnaire, les renonçants de la MSA déclarent aller moins souvent chez le médecin généraliste que les renonçants du régime général (76,9% disent ainsi que leur dernière consultation chez un généraliste a eu lieu au cours des 6 derniers mois contre 82,9%, 7,7% entre 6 mois et un an contre 9,5% et 14,6% pour plus d'un an contre 7,13%). Pourtant les chiffres pour les non-renonçants sont proches pour les deux régimes.

Parmi les personnes rencontrées en entretien, 4 avaient coché cet item dans le questionnaire. Pour une personne, la raison du renoncement est financière (faute de complémentaire qui la contraint à faire l'avance de frais), pour deux autres, c'est un manque de temps ou de motivation et pour la dernière l'impossibilité rencontrée d'avoir un rendez-vous chez un autre généraliste pendant les vacances de son médecin traitant.

Au cours de leur entretien, au moins 6 personnes ont expliqué ne pas aller systématiquement chez leur médecin malgré un besoin ressenti. Certaines réduisent leur visite pour des raisons financières (11.4, 34.3, 48.6), d'autres n'arrivent pas à se dégager le temps ou à trouver la motivation nécessaire (48.11) et enfin il y a les personnes qui expliquent ne pas avoir ce « réflexe » ou tout simplement ne pas voir le bénéfice qu'elles pourraient en tirer vu leur situation. Par exemple, concernant une inflammation au pied, une personne déclare :

- ✓ 66.4 : « *Si j'allais chez le médecin c'est pour savoir ce que c'est, voilà c'est tout. Sinon comme c'est en train de se passer, bon bah...* »

Parmi elles, certaines préfèrent aller directement chez le pharmacien et d'autres attendre que « ça passe ». C'est en cela que le renoncement au généraliste est difficile à délimiter, un nombre important de personnes a cité des cas de maladies dans lesquels elles n'ont pas fait appel à un médecin, davantage par choix ou habitude que par contraintes :

- ✓ 66.5 : « *Nan mais je vais jamais chez le médecin, même si j'ai une grippe je vais pas chez le médecin. (...) Je me soigne à la maison, je vais pas aller pour une grippe chez le médecin.* »

La consultation d'un généraliste apparaît ainsi fortement liée à la perception des besoins de soins par les personnes, mais également au rapport général qu'elles entretiennent avec leur santé.

On peut ajouter que pour certaines personnes, dans le cas de raisons financières, le renoncement au généraliste se positionne en amont d'autres renoncements : elles réduisent leurs visites chez le médecin traitant estimant qu'elles ne pourront par exemple pas payer les médicaments prescrits. Plusieurs personnes expliquent, en effet, que les remboursements des médicaments sont de moins en moins importants, ce qui freine leur accès à ces produits et, plus largement, au médecin généraliste. Deux d'entre elles racontent ainsi ne plus aller chez le médecin prévoyant de ne pas pouvoir s'offrir les médicaments qui seront prescrits :

- ✓ 34.4 : « *Y aller pour qu'il te donne des médicaments que tu vas pas pouvoir acheter, ça sert à rien.* »

3.5.2. Renoncement au généraliste et préoccupation pour la santé

Plusieurs personnes décrivent davantage une habitude de vie, acquise dans l'enfance ou héritée de leurs parents, quand elles parlent de leur renoncement au généraliste. Certaines ne vont, quant à elles, plus voir leur médecin pour une pathologie récurrente car elles anticipent la prescription et ne veulent pas l'appliquer. Elles parlent de leur pathologie au temps présent, et ce même si leur renoncement date de plus loin et s'est installé progressivement à travers de précédents épisodes médicaux.

⁵¹ Odenore, « *BRSG - Baromètre du Renoncement aux Soins dans le Gard* », p. 27
https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf.

D'autres personnes, citant plus explicitement un renoncement au généraliste dans leur entretien, le font car ce problème est récent. Par exemple, un maraîcher (66.4) raconte avoir une inflammation douloureuse au pied. Il estime qu'il devrait aller consulter mais ne le fait pas pour des raisons financières, à cause de l'avance de frais. Dans le même temps, il explique aller très rarement chez le médecin et pense qu'il vaut mieux parfois attendre que les problèmes passent d'eux-mêmes. Il juge ainsi, qu'une trop grande préoccupation pour les questions de santé, pèse sur le moral et ne fait qu'empirer la situation médicale. Il déclare également que beaucoup de problèmes de santé passent d'eux-mêmes, sans intervention extérieure. Ce discours sur la santé, qui met en avant l'importance de patienter avant d'aller consulter, se retrouve dans de nombreux entretiens lorsque sont abordées les questions du rapport aux besoins de soins des individus.

A l'inverse, au moment de l'entretien, des personnes expriment leurs besoins d'aller voir un médecin généraliste afin de procéder à un « check-up » (ex. : 34.13, 48.11). Leur rapport à la santé et aux besoins de soins est différent, plus important (elles listent de nombreux besoins de soins, notamment de contrôle), ce qui ne présage pas de leur pratique.

Le renoncement au médecin généraliste semble ainsi traduire, avant tout, le rapport de l'individu à ses besoins de soins et à la place qu'il accorde à la médecine pour y répondre, ainsi qu'à sa préoccupation pour sa santé.

3.6. Les actes chirurgicaux

Le renoncement à des actes chirurgicaux, bien que moins fréquent d'un point de vue quantitatif (7,5% des renonçants pour les questionnaires), a été abordé par cinq personnes lors des entretiens. Ce faible panel est caractérisé par des situations très différentes : une personne dit ne pas avoir confiance dans les bénéfices d'une opération de sa hernie discale (34.5), une autre ne trouve pas le temps de se faire opérer du canal carpien à cause de son travail (11.9) et enfin trois personnes rencontrent des barrières financières pour mettre en place une opération parfois lourde (ex. : 11.6). Cette question des actes chirurgicaux est intéressante à aborder car elle donne à voir des situations dans lesquelles les personnes soulignent la gravité de leur pathologie sans pouvoir y remédier sur le moment, souvent pour des raisons de précarité financière et/ou professionnelle.

Dans le cas du canal carpien, l'aspect financier entre en compte car cette femme met en attente l'opération par peur d'une perte de revenus (liée au fait de ne pas pouvoir travailler pendant un temps). Mais les barrières financières des trois autres opérations sont, d'une manière générale, d'un autre type : elles renvoient, en effet, aux dépassements d'honoraires et à la multiplication des frais supplémentaires dans de tels cas (anesthésistes, frais d'hospitalisation...), insuffisamment pris en charge, du point de vue des personnes, par la MSA ou les complémentaires. Une de ces opérations est une chirurgie réparatrice d'un surplus de peau aux bras dans le cadre d'un suivi d'obésité (34.7). Pour les deux autres opérations, les conséquences sont, semble-t-il, médicalement plus lourdes. Il s'agit d'une opération d'hernie hiatale (34.11) et d'une chirurgie du dos (11.6). Pour la première, les risques découlant du renoncement sont un maintien des reflux gastro-œsophagiens alors que dans le deuxième cas le chirurgien a évoqué la possibilité de la perte d'une jambe.

Ces deux opérations sont, à la date de l'entretien, planifiées par les personnes interrogées, mais le retard pris pour les faire, compte tenu de la charge financière que cela représentait, a eu des conséquences sur la gravité des situations. De plus, ces problèmes de santé qui s'accompagnent de

problèmes financiers font passer au second plan les autres besoins de soins. Ainsi, la femme qui doit se faire opérer de la hernie hiatale explique mettre en attente des problèmes de dos et un changement de dentier, elle précise :

- ✓ 34.11 : « Une chose à la fois, à chaque jour suffit sa peine ! »

L'homme en attente de la chirurgie du dos reporte également des soins dentaires et déclare :

- ✓ 11.6 : « A quoi ça sert de mettre un cataplasme sur une jambe de bois ? Si on peut pas me soigner [le dos], pourquoi j'irai me faire soigner les dents ? Si dans 5 ans je suis mort, mes dents, elles me serviront à rien quand même. »

Ces exemples soulignent, à nouveau, à quel point les personnes se voient contraintes d'arbitrer entre différents besoins de soins, en fonction notamment des ressources financières qu'elles peuvent consacrer à leur prise en charge, mais aussi du caractère « d'urgence ou de gravité » qu'elles attribuent à ces différents besoins.

3.7. Le repos prescrit

Le renoncement au repos prescrit apparaît plus important dans les entretiens que dans les questionnaires (2,3% des renonçants). En effet, l'approche qualitative permet de dessiner plus finement ce renoncement, qui ne doit pas être réduit à un simple refus d'une prescription proposée, ici en l'occurrence un arrêt maladie. Ainsi, chez certaines personnes, le renoncement se positionne en amont, quand elles vont dissuader leur médecin de leur prescrire un arrêt ; d'autres ne se rendent, quant à elles, pas chez le médecin pour éviter qu'un arrêt soit prescrit. Ce renoncement rend compte ainsi plus généralement d'un comportement vis-à-vis des soins, adopté par les renonçants, qui n'est pas appréhendable par les questionnaires.

3.7.1. Un renoncement qui revêt plusieurs réalités

Dans le BRSG, 2% des renonçants avaient répondu avoir renoncé à un repos prescrit. Dans les réponses aux questionnaires de l'enquête MSA de 2015, seule une des personnes reçues en entretien déclarait renoncer à un repos prescrit. Là encore, les entretiens amènent à regarder cette réponse comme partielle, comme ne couvrant pas entièrement la réalité du phénomène. Si on considère plus largement cette forme de renoncement, cinq autres entretiens sont à prendre en compte. En effet, plusieurs personnes racontent avoir refusé des arrêts proposés ou évoqués par leur médecin. Dans deux cas (34.14, 48.2), le renoncement date de moins d'un an et la proposition du médecin était claire. L'une des personnes n'a pas refusé mais a négocié avec son médecin pour réduire son temps d'arrêt. Dans d'autres cas, la période et la prescription sont plus difficiles à fixer. Trois personnes expliquent avoir déjà eu comme proposition, pour leur pathologie, un arrêt de travail qu'elles ont refusé. Deux d'entre elles ne retournent plus voir leur médecin pour ces pathologies afin d'éviter cette prescription qu'elles refuseraient de nouveau (48.8, 66.4). Une autre (11.6) explique que son médecin savait qu'il refuserait les arrêts de travail et a donc arrêté de lui en proposer. Voici un extrait de l'entretien :

- ✓ 11.6 : « Mais mon médecin comme il me disait "moi je t'arrête, mais qu'est-ce que ça fera de plus ?" »

Intervention de son épouse : *Du repos.*

La personne reprend : *Du repos, mais voilà tu vas te faire chier chez toi, tu vas venir me voir, tu vas vouloir recommencer à travailler parce que tu vas te faire chier. Je peux rien faire.*

Question : *C'est lui qui vous disait ça ?*

Réponse : *Ben oui. Mais il me connaît, ça fait des années qu'il me connaît le toubib. Il sait que je vais pas rester 8 jours assis sur mon cul. On peut rien faire, alors je continue à travailler. »*

3.7.2. *La question financière, la crainte d'une perte de revenu et le rapport au travail*

Dans 3 des 6 cas, les individus invoquent les raisons financières et la perte de salaire pour expliquer le renoncement ou le refus de la prescription. L'arrêt de travail entraîne effectivement une perte de salaire, ce dont témoigne l'ouvrière ayant coché l'item « repos prescrit », son mari étant déjà en arrêt. Pour un agriculteur exploitant, l'arrêt de travail semble ne pas être conciliable avec son emploi :

- ✓ 66.4 : « Prendre un arrêt de 8 jours pour une tendinite ou 15 jours ! Allez bon. Pendant 15 jours, t'es censé rien foutre, mais moi je vais bosser. Faut que j'aïlle tailler les tomates, planter des trucs euh, je suis obligé de bosser. Si je laisse, si pendant 15 jours je laisse le jardin, ça part en couille et puis c'est fini. Après tu rattrapes pas quoi, le jardin faut y être tous les jours. »

Dans les autres cas, c'est davantage une volonté de ne pas se retrouver dans l'inactivité qui est évoquée, la nécessité, ou du moins l'envie, de continuer à travailler. L'employé ayant réduit la durée de son arrêt raconte :

- ✓ 48.2 : « J'ai expliqué [à mon chirurgien] que je travaillais dans un bureau, que c'était mon bras gauche et que mon bras droit je pouvais m'en servir, j'avais pas à conduire vu que j'habite à côté. Alors moi, un mois, j'avais pas à être arrêté un mois, 15 jours ça suffit. »

3.8. Les autres besoins de soins

On peut citer d'autres besoins qui, bien que ne traitant pas des mêmes pathologies, peuvent être rassemblés dans deux rubriques. C'est le cas des appareils auditifs, des semelles orthopédiques d'un côté et des cures et des séances de kinésithérapie ou de rééducation de l'autre. Ces éléments sont d'une manière générale considérés par les personnes interrogées comme des dispositifs « à la limite du soin », qui soulagent les douleurs ou réduisent les gênes mais ne soignent pas. Ce jugement n'est pas à considérer du point de vue de critères médicaux mais du point de vue du ressenti des personnes rencontrées.

3.8.1. *Les appareils et prothèses*

Pour les personnes ne pouvant accéder à ces soins, avant tout pour des raisons financières, il est important de réaffirmer leur nécessité et justement de contredire l'apparence d'agrément de ces prothèses. Cela concerne deux personnes, une pour des appareils auditifs (48.5) et une pour des semelles orthopédiques (11.10). C'est encore une fois le prix et les faibles remboursements qui restreignent l'accès à ces prothèses médicales. Même avec une complémentaire, les restes à charges sont trop élevés selon les personnes interrogées.

3.8.2. *Les soins de rééducation*

Deux personnes ont renoncé à des séjours en rééducation, une autre à une cure et une dernière personne a dû suspendre ses séances de kinésithérapie à cause d'un problème dans le renouvellement de sa CMU-C. Sur la question de la kinésithérapie, quatre autres personnes ont expliqué ne plus aller chez leur généraliste pour certaines pathologies car la prescription, selon elles, consisterait en des séances de kinésithérapie, solution qui ne leur semble pas adaptée ou utile. L'une d'elle, une agricultrice, a même arrêté avant la fin des séances prescrites. Pour ces personnes, on peut parler de renoncement par choix, ce que Caroline Desprès classe dans les renoncements « refus »⁵², en prenant cependant en compte que le besoin de soin est réel (elles expriment des douleurs et, dans la plupart des cas, une prescription a été faite par un généraliste) mais que les propositions de soins ne leur

⁵² DESPRES Caroline, *Le renoncement aux soins pour raisons financières. Une analyse socio-anthropologique*, document de travail, IRDES, mars 2012

conviennent pas. De la même façon, une personne a préféré refuser la rééducation proposée par son chirurgien après une opération du bras, estimant que des séances chez le kinésithérapeute, plus proche de chez elle, seraient tout aussi profitables (48.2). Ici, le renoncement est donc d'une autre teneur : la personne n'a pas renoncé à la rééducation mais a souhaité bénéficier de soins qui lui paraissaient plus accessibles d'un point de vue géographique. Ce choix s'est cependant fait en opposition avec la proposition de son chirurgien, qui l'avait dirigée vers un centre de rééducation plus diversifié.

Une ouvrière agricole à la retraite explique, de son côté, avoir arrêté sa rééducation après s'être cassée le bras l'été dernier afin de faire des économies (34.11). On perçoit à nouveau, ici, la manière dont les personnes trient les soins et hiérarchisent les besoins, en particulier lorsque leur situation financière est fragile. C'est aussi pour des raisons financières qu'une viticultrice à la retraite met en attente une cure pour ses douleurs dorsales (11.3).

Les besoins de soins renoncés sont divers et multiples, quel que soit le profil des renonçants, bien que les soins dentaires arrivent en tête, suivis des questions d'optique. L'approche par entretien a permis de compléter les réponses reçues par les questionnaires ; tous les renoncements n'étaient pas cités par les personnes, soit qu'ils s'agissent de besoin de soins jugés insuffisamment importants ou encore de renoncements totalement intégrés qui n'apparaissent plus comme problématiques ou modifiables aux yeux des personnes. Les renoncements au médecin généraliste, ou au repos prescrit, sont apparus de leur côté plus importants et complexes à la lumière des entretiens, s'intégrant à un rapport plus général à la santé.

4. Les raisons du renoncement

Les raisons ne sont pas les mêmes pour tous les renoncements, ni pour tous les renonçants. Dans la partie précédente nous avons d'ailleurs esquissé des raisons apportées par les personnes en fonction de leurs renoncements. Chez une même personne, il est fréquent que plusieurs motifs soient avancés, avec souvent ce que l'on peut qualifier de raisons « primaires » et « secondaires ». Les questions financières sont majoritaires et sont, le plus souvent, des raisons primaires, comme l'absence de couverture maladie, alors que les questions de disponibilité sont, par exemple, plus régulièrement des raisons secondaires ; elles ne conduisent ainsi pas en premier lieu au renoncement mais viennent le renforcer ou le justifier. D'autres personnes expliquent leurs renoncements par des choix et des expériences de vie spécifiques, ce qui permet d'interroger la distinction entre renoncement « barrière » et renoncement « par choix » et la perméabilité entre ces catégories de renoncement, différentes raisons étant souvent imbriquées.

4.1. Les raisons financières : restes à charge et avance de frais

Comme c'était le cas dans le BRSG, les raisons financières arrivent largement en tête des raisons expliquant le renoncement. Sur les 133 renonçants, affiliés à la MSA et repérés au travers de la campagne par questionnaire, 35% citent le problème de reste à charge comme raison du renoncement et 18,6% évoquent la question de l'avance de frais, ces deux raisons pouvant se cumuler. Sur le panel reçu en entretien, 30 personnes sur 42 ont coché dans le questionnaire « *Reste à charge trop élevé* » ou « *Avance de frais* » ou bien les deux. Lors des entretiens, ce sont 34 personnes qui parlent de problèmes économiques pour accéder aux soins même si, pour deux d'entre elles, ces difficultés ne constituent pas la raison principale de leur renoncement. Si on fait la distinction entre les différents items au niveau des questionnaires, elles étaient 3 à cocher seulement « *Avance de frais* », 14 à cocher uniquement « *Reste à charge* » et 13 à cocher les deux. Les entretiens montrent en effet que si les avances de frais peuvent être un blocage supplémentaire, ce sont avant tout les restes à charge qui posent problème pour les ménages à faibles ou à moyens revenus. C'est d'autant plus vrai pour des soins pour lesquels les coûts sont importants et les remboursements faibles (voir chapitre 2).

Comme on l'a vu dans le chapitre sur les renonçants, une partie importante des personnes rencontrées en entretien est des ménages à bas revenus. Pour certaines, les difficultés financières sont telles que le choix se fait entre se nourrir ou se chauffer et se soigner :

- ✓ 11.4 : « *Mais moi je fais vraiment le strict minimum. Et c'est pas pour autant je vous dis, j'ai pas de, j'ai aucune maladie particulière. Euh, cet été, cet hiver je me suis pas chauffée et ben je touche du bois je me suis pas enrhumée.* »

De manière générale, lorsque les revenus sont peu élevés, la hiérarchisation et la priorisation des dépenses sont quotidiennes. Dans ce cas, les dépenses de santé peuvent passer au second plan.

Même lorsque les difficultés financières sont moins importantes, certains soins paraissent inaccessibles, comme les rendez-vous chez les spécialistes, étant donné les budgets serrés. Il ressort de l'enquête par entretien que les problèmes d'avance de frais fonctionnent souvent avec une rupture dans la protection complémentaire ou même de base : les personnes ont de faibles revenus et sont éligibles à la CMU-C ou à l'ACS, ce qui permet d'accéder au tiers payant. Cependant, lors de l'enquête, elles ne possédaient plus cette protection et ne pouvaient donc plus mettre en place des soins à cause des avances de frais.

D'autres ménages, qui ont des revenus plus importants selon leurs déclarations, font également part de

difficultés économiques pour expliquer leurs renoncements. Certains soulignent ou dénoncent leur non-éligibilité aux aides (CMU-C, ACS) due selon eux à une position économique et sociale intermédiaire, car, malgré leurs revenus supérieurs au seuil d'éligibilité, ils cumulent des difficultés financières. Une personne, par exemple, se décrit comme étant dans la moyenne au niveau des revenus mais précise :

✓ 11.10 : « *La moyenne qu'est pas très bien lotie, mais une moyenne quand même.* »

Ces ménages de la classe moyenne bénéficient de revenus plus proches du revenu médian, mais ont des dépenses supérieures qui déséquilibrent leur budget. C'est le cas, par exemple, d'une employée qui est seule avec son enfant d'un précédent mariage et s'est installée depuis peu avec son nouveau compagnon routier. Ils déclarent des revenus à deux de 2500 euros, mais elle précise que l'arrêt des aides qui a suivi sa déclaration en concubinage et les dettes accumulées lors de son premier mariage ne leur permettent pas de s'en sortir financièrement. Elle explique qu'ils sont tous les mois à découvert et choisissent ainsi de ne pas mettre en place la plupart de leurs soins. Ces différents exemples montrent que c'est en portant le regard sur les situations financières présentes, mais également passées, des personnes, que l'on peut renforcer la compréhension de leurs difficultés financières d'accès aux soins.

4.2. Rupture dans la protection sociale, absence ou faiblesse de la protection complémentaire

S'agissant des répondants au questionnaire, on remarque une plus grande part de personnes sans complémentaire santé chez les renonçants. Ils sont, en effet, 24,4% contre 7,3% chez les non-renonçants. La majorité des personnes sans complémentaire (65,6%) explique que ce sont des raisons financières qui les empêchent d'accéder à cette protection. Un peu plus du tiers (37,5%) déclare également avoir des démarches en cours pour obtenir une complémentaire. Concernant les personnes rencontrées, 10 n'ont pas de complémentaire ou de protection de base, cette absence de couverture étant un élément explicatif de leur renoncement.

Pour les deux personnes qui déclarent ne pas avoir de protection de base, c'est un problème administratif qui est en cause. L'une n'a pas travaillé suffisamment les derniers mois dans le milieu agricole pour être maintenue à la MSA et l'autre dépendait auparavant de la CPAM mais, ayant pris un congé sans solde, doit basculer sur la protection MSA de son mari. Dans ces deux cas, le passage MSA/CPAM a entraîné une suspension de la protection et un flou pour les personnes quant à leurs droits. Les complications administratives interviennent également dans 3 autres cas où ce sont des difficultés de renouvellement de la CMU-C qui expliquent l'absence de protection à la période de l'entretien (voir chapitre 4).

Pour l'absence de complémentaire, l'autre explication donnée est encore une fois financière. C'est le cas de trois des situations (34.11, 66.1, 66.4). L'une des personnes, qui a perdu l'accès à la CMU-C après une déclaration de concubinage, explique, par exemple, que vu son âge (61 ans) le prix des complémentaires est trop important, même avec l'ACS.

D'autres personnes, encore, ont effectivement une complémentaire mais très peu protectrice. C'est le cas d'au moins deux personnes (66.5, 11.2) qui expliquent avoir choisi la complémentaire la moins onéreuse vu leur budget, et qui ne sont pas satisfaites du niveau de remboursement : cela les amène à reporter ou à faire des choix dans la mise en place de certains soins. Plus généralement, comme on l'a déjà vu, les faibles taux de remboursement sont une raison supplémentaire de renoncement et les personnes expliquent ne pas pouvoir accéder à une complémentaire plus protectrice.

Enfin, la question de la complémentaire d'entreprise a été soulevée dans trois entretiens. Pour deux personnes, ce contrat de groupe, s'il permet de faire des économies, les empêche toutefois de choisir une protection davantage adaptée à leurs besoins, en accentuant par exemple les remboursements lunettes aux dépens des soins dentaires (48.1, 48.6). Pour la troisième (34.14), son arrêt maladie a entraîné une rupture dans son contrat de complémentaire d'entreprise, ce qui a conduit à la fin de sa protection.

Pas protégées ou mal protégées par une complémentaire santé, les personnes dénoncent des devis trop onéreux ou envisagent, parfois à tort, des frais très élevés qu'elles ne peuvent pas ou pensent ne pas pouvoir honorer.

4.3. Le manque de temps et les délais d'attente

Au niveau de l'enquête par questionnaire, comme raison de renoncement, 12,8% des renonçants ont coché « *manque de temps pour aller au rendez-vous* » et 7,5% « *délais pour avoir un rendez-vous* ». Les entretiens sont l'occasion de préciser cette raison de renoncement. En effet, elle recouvre deux éléments différents mais souvent complémentaires : les difficultés à obtenir des rendez-vous rapides auprès de certains professionnels de santé et les difficultés de faire entrer les questions de santé dans un planning déjà rempli pour certaines personnes. Ainsi 13 personnes, reçues en entretien, ont donné comme raison de renoncement un manque de temps ou des délais de rendez-vous trop importants.

Le manque de temps, ou la difficulté de se dégager du temps, concerne 7 personnes. Pour trois d'entre elles, il s'agit d'une raison primaire, principale de renoncement. Les personnes ne trouvent pas le temps de s'occuper de leurs problèmes de santé, le plus souvent car elles mettent en priorité les questions de travail. Pour les autres, cette raison fonctionne en lien avec une autre : leur faible préoccupation pour les questions de santé. Les personnes n'ont pas le réflexe d'aller chez le médecin, elles ne prennent donc pas le temps et parfois sont découragées à la seule pensée des délais de rendez-vous.

A part pour deux cas dans lesquels l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical spécifique était la raison principale d'un renoncement ponctuel, pour tous les autres évoquant des délais de rendez-vous trop importants, cette raison est secondaire. C'est-à-dire qu'elle vient renforcer un renoncement déjà en place, c'est un élément qui s'accumule à d'autres, souvent financiers, pour rendre toujours plus compliqué l'accès aux soins.

Enfin, la distance et la rareté des médecins, notamment des spécialistes, sont soulignées par quatre personnes. La faiblesse du nombre de médecins, comme la distance géographique, tendent en effet à rendre plus longs les délais de rendez-vous ou plus grand l'investissement en temps pour accéder aux soins pour les personnes, ce qui peut être un frein important. Pour l'une des renonçantes, c'est son isolement géographique qui est en cause : elle habite dans un hameau éloigné des villes. Les trois autres sont des habitants de la Lozère. Ils mettent en avant la nécessité de se déplacer dans des villes lozériennes souvent distantes de leur commune d'installation, et parfois dans des départements limitrophes, pour accéder à certains soins de qualité selon leurs jugements. Pour ce département, la difficulté d'accéder rapidement aux soins, compte tenu de l'éloignement des différentes villes et de la situation rurale des renonçants rencontrés, se cumule ainsi parfois à une critique de l'offre de soin :

- ✓ 48.5 : « *Ici on est pénalisés, en Lozère on est pénalisés par rapport à la capitale ou à Montpellier. On a pas les même soins, on a pas les même hôpitaux hein. Vous avez un problème cardiaque, vous avez un problème, c'est pas pareil quand même. Vous pourrez dire*

ce que vous voudrez, si les minutes comptent. C'est vrai hein. Si vous faites un AVC, vous êtes à Montpellier vous avez moins de, plus de chance de meilleure guérison que à, comme moi que je suis à C. (nom de sa commune). »

4.4. Les autres raisons de renoncement, entre choix et barrière

D'autres raisons viennent expliquer les renoncements aux soins. Parfois le renoncement s'inscrit dans une distance à la médecine, ou à un soin particulier, lié(e) à une expérience personnelle ou familiale. D'autres renonçants expliquent leurs renoncements avant tout comme un choix ou, du moins, comme un comportement dont ils prennent la responsabilité. Ils vont ainsi choisir de ne pas mettre en place certains soins, mais paradoxalement ce choix est rarement défendu comme le meilleur. La plupart des personnes interrogées explique, au contraire, vouloir changer ce comportement négligent avec la santé sans toutefois y parvenir.

4.4.1. « Traumatismes », méfiance vis-à-vis de la médecine et doute sur les résultats

Pour certaines personnes et pour des soins précis, la raison du renoncement provient d'expériences passées douloureuses. C'est le cas de trois personnes. Deux expliquent avoir eu de nombreux problèmes dentaires dans l'enfance et avoir vécu des soins très douloureux. Elles ont laissé, ou laissent encore aujourd'hui, de côté les soins dentaires, ayant une forte appréhension du dentiste. La troisième personne a, quant à elle, eu de nombreuses opérations gynécologiques, elle ne souhaite donc plus faire de suivi sur ces questions.

Ces expériences peuvent aussi être celles de proches. Ainsi, une femme refuse de se faire opérer de sa hernie discale car elle a vu son père subir la même opération qui s'est conclue par un échec. D'autres personnes font part de leurs doutes quant au succès des interventions médicales, ce qui explique leur renoncement. Pour certaines elles demandent à être rassurées quant à ces résultats, tandis que d'autres ont fait des choix de refus de soins qu'elles défendent comme raisonnable :

- ✓ 48.2 : *« Alors il [le chirurgien] me faisait comprendre que c'était nuit et jour, enfin quasiment, parce qu'avec un appareil... Il me faisait comprendre que c'était presque obligatoire de faire ça [le centre de rééducation proposé], dans un sens. (...) Mais après mon bras, pour moi, il est revenu au maximum de ce qu'il pouvait revenir. »*

Dans certains cas, c'est une défiance plus générale vis-à-vis de la médecine et, plus particulièrement, de la médecine allopathique qui est en cause. Une femme raconte ainsi que son frère n'a été diagnostiqué que très tardivement de son cancer du sang malgré des visites médicales répétées à cause de douleurs. Elle en conclut que la médecine n'est pas à même de détecter et de soigner ses problèmes de santé, ce qui justifie dans le discours son renoncement de fait. Pourtant, cette même personne exprime son désir, au cours de l'entretien, de faire un check-up. Cette ambiguïté n'est pas unique, il est fréquent que les personnes justifient dans les paroles leurs renoncements d'un côté, en le regrettant en partie de l'autre.

4.4.2. Choisir de ne pas se soigner

D'autres personnes expliquent ne pas avoir de motivation suffisante pour se soigner. Certaines déclarent qu'elles doivent y être poussées par des personnes extérieures et d'autres, ou parfois les mêmes, justifient leurs choix par différents argumentaires. Un des argumentaires revenu à plusieurs reprises fait appel aux expériences de souffrances de proches. Les personnes estiment ainsi ne pas être suffisamment mal en point pour aller consulter, en comparaison des périodes de maladie (cancer notamment) subies par leurs proches et dont elles ont été témoins :

- ✓ 48.8 : « *Mon épouse a un cancer donc je pense qu'elle a plus besoin que moi de se soigner. Hein, je vais pas me chercher un petit bobo, un mal de tête ou mal de pied. Voilà, j'ai ma tante qu'a une sclérose en plaques, j'ai perdu ma maman d'un cancer. Voilà, y a des circonstances qui font que moi, le médecin, il me verra quand il en aura besoin, lui et moi.* »

Ce discours peut aussi être plus large, les renonçants jugeant que d'autres personnes ont des besoins plus importants et doivent donc passer en priorité (les enfants, les personnes âgées). Ainsi si les personnes hiérarchisent leurs propres besoins de soins, certaines les mettent parfois aussi en regard avec les besoins de leurs proches.

D'autres rencontrent des problèmes qui leur semblent prioritaires par rapport aux questions de santé. C'est le cas notamment des questions de travail qui passent en premier dans de nombreux cas et qui seront développées dans le prochain chapitre. Plus généralement, les situations de précarité entraînent une accumulation de difficultés qui débouchent sur des mises en priorité dans lesquelles la santé passe au second plan. Pour deux cas (34.7, 34.16), ce sont des fragilités psychologiques qui ont pris le pas sur les autres problèmes de santé, entraînant une lassitude et une fatigue qui ne poussent pas les personnes vers l'action. L'une d'elles, en renoncement pour des soins dentaires, déclare ainsi :

- ✓ 34.16 : « *On ne va pas voir un dentiste quand on a mal au cœur.* »

Les raisons principales de renoncement restent les questions financières et, en lien avec ces questions, la faiblesse de la protection complémentaire. D'autres éléments viennent cependant se greffer à ces raisons principales et renforcent d'autant le renoncement, comme le manque de disponibilité ou le rapport personnel à la médecine et aux soignants. Il reste à comprendre comment ces différentes raisons fonctionnent, s'articulent entre elles, et quelle est leur origine dans le cas particulier de la population protégée par la MSA.

5. Sur les explications du renoncement

5.1. La question du travail⁵³

Comme on l'a vu dans les chapitres sur le profil des renonçants ou sur les raisons du renoncement, la question du travail revient fréquemment pour expliquer ou renforcer un renoncement, que ce soit pour des agriculteurs, des employés ou des travailleurs précaires. La question du travail agit à différents niveaux, en particulier financier et temporel : le travail ne rapporte pas suffisamment mais est la principale source de revenu et il demande un investissement en temps qui fait passer, au second plan, d'autres questions. Ce sont ainsi 17 personnes, parmi les renonçants reçus en entretien, dont les renoncements sont explicables, pour partie au moins, par la dimension travail.

5.1.1. *Priorité au travail : travailler plus pour se soigner plus ?*

Il ressort, dans de nombreux entretiens, que les questions de santé ne sont pas considérées comme prioritaires par les individus, ou, du moins, qu'elles ne passent pas en priorité dans la pratique des personnes. C'est ainsi qu'un agriculteur, dans son entretien, affirme :

- ✓ 48.10 : « *C'est pas une question financière. Si y a bien un truc où je ferai pas... Je préfère arrêter mon abonnement Internet que m'arrêter d'aller voir mon médecin. C'est plutôt mon optique à moi.* »

Toutefois, dans les faits, il explique ne pas prendre le temps de se soigner. Les questions de santé passent ainsi fréquemment après celles du travail ; celui-ci étant considéré comme l'axe principal autour duquel s'organise la vie des personnes. Autour de cet axe, la santé a parfois du mal à trouver une place car l'accès aux soins nécessite de prendre du temps et représente un coût financier. Ainsi plus le travail est précaire ou les revenus faibles, plus les personnes hésitent à engager du temps et de l'argent pour se soigner.

Au niveau temporel, les personnes tentent de trouver des stratagèmes pour faire coïncider leurs besoins de soins avec leur planning de travail, toujours dans l'optique de préserver ce dernier. Une ouvrière explique ainsi qu'elle réussit à aller voir son médecin traitant car il reçoit à des heures tardives, ce qui lui permet de se libérer, elle qui travaille sur des plages horaires longues et irrégulières :

- ✓ 11.9 : « *A la vigne, c'est trop difficile d'avoir des horaires fixes.* »

Du côté des agriculteurs, c'est le rythme saisonnier qui organise davantage la mise en place des soins. Ils attendent ainsi des périodes plus creuses pour pouvoir se libérer du temps pour se rendre aux rendez-vous médicaux. Le travail agricole est effectivement fait de périodes de travail intensives et d'autres plus calmes⁵⁴. Une femme d'agriculteur explique, par exemple, que son mari attend une période de travail moins intense pour mettre en place ses soins dentaires, en précisant que la raison principale pour son mari de consulter faiblement est le temps d'attente :

- ✓ 34.15 : « *Aller perdre la matinée ou la soirée à attendre chez le médecin, merci hein. Faut vraiment que ce soit, une urgence oui.* »

D'autres ont des stratégies plus personnelles : un agriculteur ayant des douleurs de dos choisit, par exemple, de faire les travaux de force les plus importants avant ses congés, ainsi il pourra se reposer sans avoir d'arrêt prescrit, et donc sans que cela empiète sur la tenue de son exploitation. Un maraîcher

⁵³ DUFOUR Annie, BERNARD Cécile et ANGELUCCI Marie Alix, « Reconstruction des identités professionnelles autour de la multi-fonctionnalité de l'agriculture. L'exemple des Coteaux du Lyonnais. », *Ruralia*, 12/13, 2003.

⁵⁴ Plusieurs salariés des accueils de la MSA ont ainsi expliqué que les jours de pluie, le nombre de personnes se déplaçant au guichet est plus important, les agriculteurs profitant de ce temps d'inactivité imposée par la météo pour faire leurs démarches.

explique, quant à lui, organiser son travail différemment pour réduire ses douleurs :

- ✓ 66.4 : « *Je fais attention quoi. Plutôt que de porter des caisses de 20 kilos, maintenant mes tomates je les mets dans des caisses de 5 kilos, donc ça va.* » ; « *Je fais attention maintenant tu vois, en portant, en portant des trucs, de pas forcer. Quand je vois que j'ai mal dans le dos, j'arrête une petite demi-heure et j'attends que ça passe, puis je reprends tout doucement.* »

Chez les employés, également, on trouve des techniques pour continuer le travail malgré certaines difficultés de santé. Un employé de bureau (48.8) raconte ainsi adopter une posture particulière sur sa chaise de bureau dans les périodes de fortes douleurs aux cervicales. L'objectif, pour tous, reste le même : réduire les conséquences de ses pathologies, qui sont de plus incapacitantes, tout en réussissant à se maintenir dans le travail.

La volonté de se maintenir dans l'emploi, ou de continuer son travail, affecte donc la santé et le recours aux soins des renonçants, quel que soit la profession exercée. Pour les agriculteurs exploitants qui ont la responsabilité de leur exploitation, « s'autoriser » à s'arrêter semble difficile car souvent contraire aux intérêts de la production⁵⁵. Une agricultrice explique ainsi :

- ✓ 34.12 : « *J'ai les fils à remonter, j'ai tout le palissage à faire, j'ai les traitements à faire. Alors si je commence à me dire dans ma tête "oh j'ai mal ci, j'ai mal là". Si vous voulez, c'est un peu de ma faute, parce que je peux pas me permettre de dire "ouais, ceci j'ai là".* »

Cette situation est exacerbée pour les nouveaux installés dont l'activité ne leur permet pas encore de subvenir à leurs besoins :

- ✓ 48.4 : « *Non, je pense que c'est plus des conditions matérielles quoi. Ouais, c'est plus le fait de me poser matériellement. Je suis en pleine acquisition, j'attends ces jours-ci les résultats de la banque. Donc de voir si ça, ça va fonctionner. Si ça, ça fonctionne pas, il faut que je me trouve une terre pour mon troupeau réellement quoi. Donc voilà, c'est plus, ouais y a des priorités dans ma vie. Donc j'avoue que je suis plus pressé de trouver un endroit pour poser mes bêtes que de m'acheter une paire de lunettes quoi (rires) !* ».

Les ouvriers agricoles doivent, quant à eux, se plier aux contraintes du travail agricole mais aussi à la précarité des travaux saisonniers. Trouver un travail sur le long terme, dans ce domaine, est difficile : il faut donc s'assurer de le garder. Un ouvrier agricole de 53 ans, n'ayant eu que des contrats courts, explique ainsi avoir dû annuler un rendez-vous médical pour privilégier un contrat de travail :

- ✓ 11.2 : « *Je me suis dit, je peux pas, je peux pas laisser tomber le, même une demi-journée de travail pour aller voir l'ophtalmo. Donc je suis pas allé.* »

Cette difficulté pour honorer des rendez-vous, notamment de spécialistes dont les délais d'attente sont généralement plus longs, est citée aussi par une autre ouvrière agricole :

- ✓ 11.9 : « *Dentiste pas la peine d'en parler. Vous attendez un mois, quand ça arrive 3-4 mois, quand ça arrive le jour d'y aller vous avez le patron qui travaille avec vous, on dit bon tant pis, on annule le rendez-vous et continue à travailler.* »

Pour un employé, cette contradiction entre travail et santé a atteint son paroxysme : il a été déclaré en invalidité après un *burn out*. Avant cet épisode, il explique que la mise en place de certains soins n'était pas compatible avec son travail :

- ✓ 34.16 : « *Le problème c'est que, les dentistes ils sont gentils, ils sont adorables, mais le problème c'est qu'on vous dit il vous faut venir le matin. Pour arracher une dent, il faut venir le matin, parce que y a risque d'hémorragie euh, ça se fait le matin. Sauf le matin, moi je peux pas. En fait je vais vous dire, pour résumer la situation, c'est stupide quand le travail vous oblige à faire un choix. On devrait pas avoir un choix de travailler ou de se faire soigner.* »

⁵⁵ Selon l'enquête de la fondation de Dublin en 1996, 70% des agriculteurs déclaraient qu'une erreur dans le travail mettait en péril leurs finances. Cité par JACQUES-JOUVENOT et LAPLANTE dans *Les maux de la terre*, p.14.

Un autre employé raconte également avoir demandé à réduire son arrêt de travail pour des raisons professionnelles :

- ✓ 48.2 : « *En plus, à ce moment-là, on était en train de changer de service, enfin, on devait changer de poste. A mon sens, pour moi, ça a aussi été déterminant. Comme je vous dis, ça m'aurait vraiment bloqué, bon j'aurais pas cherché, je prends un mois, je prends un mois. Mais là, vu comment c'était en train de changer, c'est-à-dire on était 7 dans le service on s'est retrouvé à 3 ou 4, ou même 3 oui. Je veux dire moitié d'effectif, ça commençait à... Y avait un changement qui venait de s'opérer qui fait que ça a aussi contribué au fait de reprendre un peu plus tôt.* »

5.1.2. *Quand le travail est vu comme une solution au renoncement*

Une partie importante des renonçants rencontrés est des ménages à faibles revenus. Même avec un emploi fixe, comme dans le cas des agriculteurs exploitants, la plupart font état de difficultés financières pour accéder aux soins mais, plus largement, pour faire face à leurs besoins quotidiens. Dans 10 entretiens, le travail est vu comme une solution aux problèmes d'accès aux soins en ce qu'il peut faire augmenter les ressources financières. C'est donc par le travail, en augmentant sa quotité horaire, sa productivité ou simplement en en trouvant un, que ces personnes estiment pouvoir mettre fin à leurs renoncements. On retrouve dans cette catégorie principalement des agriculteurs et des travailleurs précaires.

Les agriculteurs sont les principaux concernés car ils ont la responsabilité de leur exploitation, ce qui rend plus complexe l'écoute de leurs corps et de leurs douleurs car cela entraverait potentiellement la marche de leur entreprise. Comme la plupart l'explique, le travail agricole est fait d'incertitude ; il est, notamment, en partie dépendant des conditions météorologiques. Une agricultrice raconte ainsi avoir vu disparaître sa récolte sous dix minutes de grêle :

- ✓ 34.2 : « *Une année de grêle, une mauvaise récolte... Suffit de peu dans l'agriculture.* »

Un autre exploitant agricole explique l'irrégularité de ses revenus qui varient sous l'influence de nombreux facteurs :

- ✓ 48.5 : « *L'année dernière c'était sec, cette année c'est sec, les cours qui vont pas, les primes qui diminuent, donc vous voyez.* »

Pourtant c'est bien par le travail que les agriculteurs souhaitent s'en sortir et trouver des solutions, ce qui les conduit, en outre, à être peu enclins à accepter des aides en matière de santé.

Alors que certains posent un constat amer sur les possibilités de s'en sortir par le travail, en souhaitant tout de même continuer d'essayer, d'autres se diversifient pour tenter d'augmenter leurs revenus. Cette volonté de s'en sortir seul s'exprime aussi, nous l'avons évoqué, par le refus des aides qui ne sont pas directement des aides au travail :

- ✓ 48.5 : « *Et puis c'est pas (inaudible) d'aller demander la CMU, parce que je veux dire on travaille, on a pas à aller demander... C'est pas normal, c'est pas normal, pour moi c'est pas normal. Encore une fois, c'est pas normal. Moi je devrais gagner ma vie.* »

Cette position se retrouve également dans le discours des nouveaux installés. Leur objectif est de réussir à faire démarrer leur exploitation et qu'elle dégage suffisamment de revenus pour leur permettre de subvenir à leurs besoins, y compris leurs besoins de soins. Un berger venant de s'installer explique qu'il envisage seulement maintenant d'aller se renseigner sur ses droits, et cela uniquement parce qu'il n'a aucun revenu depuis 3 mois, mais précise que ce qu'il voudrait :

- ✓ 48.4 : « *C'est que l'entreprise agricole fonctionne...* »

Dans les entretiens, et alors même que l'on entrevoit dans les mots des personnes les conséquences du

travail sur la santé, la plupart des personnes affirme régulièrement que les questions de santé seront réglées juste après celles du travail. C'est justement en réglant les questions professionnelles, en réussissant à ce que leur travail engrange des revenus réguliers et suffisants que les personnes pourront, selon elles, accéder enfin aux soins en ayant, à la fois, le temps et l'argent. C'est le cas notamment des personnes qui débutent dans leur exploitation (66.5). Mais c'est aussi un vœu d'exploitant plus ancien, même si cela nécessite de trouver d'autres formes de travail (34.2) et si, pour certains, il est difficile d'y croire (48.5).

Cette volonté d'avoir « fini de s'installer », dans le sens d'avoir un travail viable avec un revenu suffisant et régulier, conduit parfois à reporter les soins indéfiniment. Une ouvrière agricole explique ainsi retarder son opération du canal carpien depuis trois ans :

- ✓ 11.9 : « *Ça fait trois ans que j'attends moins de travail, je pense plus j'avance et plus j'ai du travail !* »

Elle ne voit pas aujourd'hui quand la mettre en place, sa précarité financière s'étant accrue au lieu de se réduire avec l'arrêt maladie de son mari. L'investissement dans le travail vu comme une solution - la seule solution - aux problèmes d'accès aux soins peut ainsi avoir pour effet paradoxal de compliquer encore davantage cet accès aux soins. Les travailleurs précaires sont ainsi concernés par cette situation, l'incertitude qui les touche étant liée à la possibilité de conserver leur travail ou d'en trouver un. Cet objectif passe avant d'autres considérations, comme l'explique un ouvrier agricole :

- ✓ 11.2 : « *Mais y a un an, j'ai pas de mutuelle rien, alors bon je m'étais dit j'essaierais de voir une mutuelle. Puis vu ma situation personnelle, ce que je mettais en avant, c'était d'essayer d'avoir un travail fixe, à 53 ans !* »

Pour une femme, sans emploi régulier, trouver un travail est pour elle comme « gagner au loto ». Elle explique donc que la maladie ne peut pas être une entrave pour accéder à cet emploi :

- ✓ 34.3 : « *Quand je trouve un travail j'y vais quand même, c'est hors de question, je dis rien [de ses douleurs]. Je prends mes cachets et je ferme ma gueule. C'est comme 6 [numéros] en loto quand je trouve du travail. J'y vais même si j'ai des douleurs.* »

5.1.3. Le corps « machine », entre perceptions et stratégies

La priorité donnée au travail s'accompagne d'une vision parfois utilitariste du corps mais aussi de la médecine. C'est-à-dire que les personnes attendent de la médecine et des professionnels de santé qu'ils « réparent » leur corps afin de leur permettre de revenir dans le processus productif. Les personnes veulent donc que les soins les remettent en « état de marche », ce qui peut amener à abandonner certains soins considérés comme inutiles.

Les agriculteurs et les ouvriers agricoles soulignent cependant que leurs douleurs et leurs maladies proviennent en partie de leur travail, notamment pour tout ce qui est relatifs aux troubles musculo-squelettiques. Pourtant le travail doit être sauvegardé : un corps productif en bonne santé est donc nécessaire, mais prendre le temps de soigner ce corps « machine » peut venir entraver le travail. Les personnes font donc des choix dans leurs soins et mettent en place différentes stratégies.

C'est le cas des séances de kinésithérapie dont nous avons déjà parlées dans le chapitre 3, une agricultrice (34.12) les décrit d'ailleurs comme de simples massages qui font « *passer la douleur, et après ça revient* ». Pour elle, cette réduction temporaire de la douleur demande un investissement en temps trop important compte tenu de son faible impact sur le corps « machine » : elle a donc choisi d'y renoncer et continue de travailler malgré les douleurs. Deux agricultrices récemment installées ont choisi une autre stratégie : elles mettent en avant l'importance des soins d'ostéopathie pour leur dos

compte tenu de leur travail. Dans son explication, l'une d'elle exprime clairement l'intérêt, également professionnel, de ces soins qui est de se maintenir durablement dans l'emploi :

- ✓ 66.5 : « Question : *Vous marquez aussi consultation chez un ostéopathe [dans le questionnaire] ?*
Réponse : *Ah ça oui, par rapport à mon métier. Je travaille dans les vignes et dans une cave, enfin c'est même, j'ai le dos plié tout le temps, je porte des chargements tout le temps. (...) Mais c'est important, pour ma santé, pour le futur quoi, pour pas arrêter pour des conneries comme ça. »*

L'autre agricultrice précise quant à elle :

- ✓ 66.3 : « *Voilà avec le métier qu'on fait, c'est un outil de travail le dos. Donc, du coup, c'est peut-être la seule chose dont je m'occupe à peu près correctement (rires) ! »*

Cette priorité accordée à leur dos, dans une visée de maintien dans l'activité, les amène à consacrer du temps et de l'argent à ces soins alors qu'elles sont, par ailleurs, en renoncement pour de nombreux autres.

Rétablir son corps revient aussi parfois à redevenir actif, à ne plus être en situation d'incapacité. Ainsi pour un ouvrier agricole ayant subi une lourde opération après une péritonite, l'objectif des prochaines interventions chirurgicales, selon lui, est clair : il s'agit de lui retirer son anus artificiel afin qu'il puisse reprendre le travail. Il regrette son problème de santé et explique :

- ✓ 11.2 : « *Moi j'étais parti pour 6 mois de taille, et j'ai taillé en gros un mois quoi. Un mois de taille et boum, et plus rien. » (...)* « *Moi, pour l'instant, j'attends la semaine prochaine de rentrer à l'hôpital pour qu'on me rétablisse. D'ailleurs faut que j'aie vider ce truc-là [il montre sa poche], pour qu'on me rétablisse mon truc normal, que je puisse avoir une vie normale quoi. Parce que là, je peux pas. Moi je travaille dans les vignes alors, avec ce machin, cet espèce de tique qui... Moi ça me, ça me fout en l'air. »*

La priorité donnée au travail inclut ainsi différentes visions : pousser la « machine » jusqu'au bout ou essayer de la maintenir le plus longtemps possible, en mettant en place certaines stratégies par rapport aux soins, en consacrant, par exemple, un certain temps à des soins de contrôle réguliers. Mais là encore, ces soins sont portés vers un objectif précis qui peut entraîner des renoncements sur d'autres soins apparaissant comme moins urgents car moins problématiques pour le maintien dans l'activité. Pour exemple, un berger qui souffre d'hépatite alcoolique n'est pas sous traitement car il le juge trop contraignant, et se contente de suivre un régime pour éviter de nouveaux troubles. A la question de savoir jusqu'à quand il reportera la prise de médicament pour ce problème, il déclare :

- ✓ 48.4 : « *C'est l'avenir qui me le dira mais pour l'instant ça a suffi, pour que je puisse faire ce que j'ai à faire dans la journée. »*

5.2. Rapport aux soins : ne pas s'écouter, ne pas se soigner, refuser de l'aide

Pour aller consulter, il semble nécessaire que les personnes estiment que les professionnels de santé ont, ou auront, des réponses à leurs problèmes. Il est également important qu'elles en ressentent le besoin et qu'elles considèrent que leurs pathologies sont effectivement problématiques ; c'est-à-dire qu'elles vaillent la peine d'être soignées et qu'elles ne soient pas considérées comme un désagrément, certes inconfortable mais également incontournable. Sans prétendre accéder aux représentations complètes des individus sur les questions de santé⁵⁶, les entretiens permettent de relever des discours de minimisation de certaines souffrances qui peuvent conduire au renoncement. Dans la même

⁵⁶ CARBONELLE Sylvie, « Jalons pour une analyse critiques des « représentations de la maladie », *Représentations de la santé et de la maladie*, Bruxelles santé, 2006, p.9-20.

logique, et souvent en complément, les personnes n'envisagent pas de demander d'aide extérieure pour contrer le renoncement et souhaitent s'en sortir par elles-mêmes.

5.2.1. *Une résistance à la souffrance comme valeur, des douleurs comme partie intégrante du travail*⁵⁷.

La frontière entre le « sain » et le « pathologique » fait l'objet de nombreux débats⁵⁸. Dans cette enquête sur le renoncement aux soins, le parti pris a été de se référer aux définitions et usages des individus quant à leurs besoins de soins. De manière générale, le renoncement aux soins renvoie aux besoins déclarés par les personnes. Comme on l'a dit en introduction, le BRSR avait, d'ailleurs, consacré une partie de son analyse pour montrer que les besoins de soins exprimés par les personnes correspondaient largement, à 94%, à des besoins des soins avérés par les professionnels de santé. On peut, à l'inverse, se demander si les personnes ne sous-estiment pas leurs besoins de soins en fonction de leur cadre de pensée, de leurs expériences ou de leur position sociale. En effet, les entretiens montrent que les besoins de soins n'ont pas tous été « listés » par les personnes dans le questionnaire (voir chapitre 3). Ils mettent aussi en exergue le fait que certaines douleurs, ou certains soucis de santé, sont considérés par les individus comme ne justifiant pas une préoccupation importante ou une prise en charge par la médecine.

Certaines souffrances sont ainsi jugées comme normales compte tenu de la vie de l'individu. Là encore, la question du travail apparaît, principalement d'ailleurs, quand il s'agit du travail agricole. Ce sont, en effet pour une part importante, des désordres du corps issus du travail qui sont sous-déclarés par les personnes ou minimisés dans les discours⁵⁹. Dans le travail agricole, défini par un agriculteur (34.2) comme « *treize métiers mille misères* », les douleurs musculaires et surtout de dos sont jugées inhérentes à la profession et incontournables, ce qui peut conduire à une acceptation. Un éleveur explique ainsi :

- ✓ 48.5 : « *J'ai des douleurs en permanence. Vous allez voir il va vous marquer des comprimés pour un mois, vous les prenez un mois et au bout d'un mois ben ça reprend, ben vous allez pas prendre les comprimés toute votre vie. La douleur vous la gardez. (...) C'est le métier. C'est pas un métier spécialement facile, faut pas croire ce que les gens croient.* »

D'autres considèrent que leurs problèmes de santé ne sont pas suffisamment importants pour être pris en charge médicalement, notamment à cause du prix envisagé pour le traitement. C'est le cas pour un agriculteur qui ne souhaite pas aller consulter pour sa surdité (34.2). Le renoncement à des implants d'une agricultrice retraitée s'explique également en partie pour cette raison. Même si elle peut effectivement avancer financièrement l'argent, elle estime que cet investissement est bien trop important vu son problème :

⁵⁷ « *En situation de travail, travailler avec des pathologies n'est pas rare, même si nombre d'entre elles contribuent à l'exclusion de l'emploi. Mais on est surtout confronté, encore plus fréquemment, à des « petits » troubles de santé, qui sont plutôt de l'ordre de l'infrapathologique, sans gravité évidente, éventuellement associés à une avancée en âge « naturelle » : douleurs articulaires, troubles du sommeil, sensation de fatigue, déficiences légères, etc.* », In CAMBOIS Emmanuelle, Entretien avec Anne-François MOLINIE et Serge VOLKOFF, Créapt-CEE, unité de recherche âge et travail. Santé au travail, jusqu'où se logent les inégalités sociales ? », *Retraite et société*, n°59, 2009.

⁵⁸ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, PUF/Quadrige, 1966.

⁵⁹ Cette situation a été mise en lumière dans d'autres études comme celle de 2009 de GUIHO-BAILLY et al., *Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé* : « *Lorsqu'ils sont perçus comme inhérents à l'exercice du métier, ces troubles sont considérés comme « normaux », « fatalement » liés à l'activité, à l'effort consenti, et ne pas valoir la peine d'être déclarés comme pathologies, là où, en tant que médecins, les enquêteurs repèrent des tableaux cliniques relevant de la nomenclature des maladies.* », p.61.

- ✓ 34.9 : « *Là maintenant faire les trucs vraiment nécessaires, nécessaires. Là, les dents maintenant quand j'ai vu le prix et l'autre [le dentiste] qui me dit tous les implants ! Ma pauvre, là tu en as pour (rires) ! Au secours ! Alors je préfère manger de la bouillie. »*

5.2.2. Ne pas s'écouter : minimisation de ses souffrances et de l'avis médical

Cette acceptation de la souffrance, qui peut renvoyer à une forme de fierté⁶⁰, peut conduire à une absence de diagnostic faute de consultation ou à un non suivi des prescriptions médicales.

Plus généralement on retrouve, dans de nombreux entretiens, un discours mettant en avant l'importance de « *ne pas s'écouter* » (34.11), défendu souvent comme une valeur, en opposition aux personnes qui se surmédicaliseraient et iraient voir le médecin à chaque « *bobo* ». Il est difficile de discerner, à quel moment, ce discours est à l'origine d'un renoncement et quand il arrive davantage pour justifier un renoncement subi pour des raisons financières ou matérielles ; les deux explications ne s'excluant évidemment pas l'une, l'autre. Certains renonçants établissent ainsi une biographie de leur rapport aux soins, faisant remonter leur faible préoccupation pour leur santé à leur enfance ou à leur histoire de vie. C'est le cas d'un travailleur agricole, vivant en couple, qui parle « *d'éducation familiale* » et explique être issu d'une famille à faible revenu de 10 enfants :

- ✓ 11.2 : « *Ce qui fait que famille nombreuse, il fallait pas être trop malade ! »*

C'est encore le cas d'un travailleur précaire (48.9) qui explique qu'il souffrait de dépression grave et d'anorexie à 20 ans, ce qui a eu des conséquences à la fois sociales et médicales lourdes. D'autres le présentent comme une caractéristique personnelle : un agriculteur, en couple avec enfant, explique par exemple :

- ✓ 34.2 : « *Mais moi je suis comme ça, faut que je passe à travers, faut que j'avance. Même si j'ai mal au dos je travaille quand même. »*

D'autres, enfin, établissent un lien entre la tendance à « *ne pas s'écouter* » et des conditions sociales spécifiques, notamment les situations de travail (voir sous-partie 5.1.1.).

Ainsi on retrouve, dans les entretiens, cette volonté de ne pas s'écouter, écoute qui est souvent associée à une marque de faiblesse. Au contraire, les individus se décrivent généralement dans des termes de force (« *robuste* », « *costaude* », « *solide* », « *résistante à la douleur* », « *pas douillette* ») et se déclarent en bonne santé, alors même que leurs questionnaires et leurs entretiens font apparaître des besoins de soins non satisfaits. Les discours de personnes sorties définitivement, ou provisoirement, des obligations liées au travail agricole est en cela éclairant. Ces enquêtés posent un regard différent sur leur rapport aux soins, expliquant qu'ils ne s'écoutaient pas à l'époque en privilégiant le bon fonctionnement de l'exploitation :

- ✓ 48.7, retraité : « *Il fallait que ça tourne, on a travaillé jusqu'on en a plus pu. J'ai bien mes problèmes. »*

En outre, pour ces personnes, les périodes d'inactivité obligée sont des temps où il est possible d'être à nouveau à l'écoute de son corps :

- ✓ 66.2, horticultrice en invalidité : « *J'écoute plus mon corps qu'avant. Avant j'étais prise par le travail, fallait que je travaille. Et bon ben, t'avais mal au dos c'était normal, je travaillais aux champs. J'étais pas quelqu'un qui s'apitoyait trop sur mon sort parce que, bon, fallait avancer, c'était comme ça. »*
- ✓ 66.3, agricultrice en congé maternité : « *D'un coup on a le temps ; on a un peu plus envie de penser à soi, on a plus le temps de penser à soi et on a plus envie. »*

Cette idée de ne pas s'écouter est parfois vécue à regret par les personnes ou, du moins, considérée

⁶⁰ Voir les travaux sur la psychodynamique du travail, notamment ceux de C. DESJOURS et P. MOLINIER.

comme négative :

- ✓ 48.9 : « *C'est pas bien, je sais que c'est pas bien.* »

Il arrive également que ce penchant soit justifié, y compris du point de vue de la santé, comme par ce maraîcher :

- ✓ 66.4 : « *Je pense que plus tu vas au médecin, plus t'as des chances de, d'empirer ton histoire ! C'est comme l'histoire des gens qu'ont un cancer. Tout le monde a plus ou moins un cancer. Mais si tu le sais pas, si un jour tu vas te faire euh... « Oh là là, vous avez », le mec en 6 mois il est plié. Alors que ça fait des années qu'il vit avec son cancer, d'un seul coup il se met à flipper et... Donc voilà.* »

5.2.3. La volonté de s'en sortir seul⁶¹

Un autre principe, qui se dessine au cours des entretiens et qui s'articule à une faible préoccupation pour la santé et une acceptation de la douleur, est la volonté de s'en sortir seul. On a déjà vu dans une partie précédente que cette volonté s'exprimait, notamment, dans l'investissement dans le travail, vu comme seule solution légitime pour accéder aux soins. Compter principalement sur le travail et sur ses propres forces fonctionne avec l'idée de refuser les aides de l'administration et des proches, ou du moins de ne les accepter qu'en dernier recours.

Il ressort des entretiens diverses difficultés administratives pour demander de l'aide : elles font l'objet d'une prochaine partie. Mais il existe également des formes de non-sollicitation, par les personnes, des acteurs sociaux ou administratifs qui pourraient leur apporter un soutien et de non-recours aux aides auxquelles les personnes pourraient pourtant prétendre : ceci peut être dû à une mauvaise connaissance des démarches à effectuer mais aussi à des réticences à entamer ces démarches. Les personnes expliquent vouloir se débrouiller seules et acceptent difficilement de demander de l'aide qu'elles associent fréquemment à une forme d'aumône. Certains parlent ainsi de « *quémander* » ou de « *quêter* » pour décrire la seule démarche de solliciter une aide administrative quelle qu'elle soit, tandis que d'autres déclarent ne pas avoir l'habitude « *d'aller pleurer* » pour expliquer leur absence de démarche auprès de l'administration. Même quand leur situation financière est très difficile, certains préfèrent faire des sacrifices plutôt que de demander de l'aide :

- ✓ 34.11 : « *Je suis arrivée jusqu'à maintenant à... tant bien que mal à... à me passer d'autres choses pour, voilà.* »

Et lorsque les personnes décident finalement de demander une aide auprès d'un organisme social, par exemple un secours exceptionnel pour financer un soin, le manque d'habitude rend parfois plus compliqué l'accès aux aides : les personnes expliquent tout simplement ne pas savoir où s'adresser ou à qui demander en premier lieu (48.7).

Parfois, la volonté de s'en sortir seul s'accompagne d'une critique et d'une stigmatisation d'autres populations jugées « assistées » voire « profiteuses », même si cela n'est pas systématique. Même lorsque les enquêtés ne tiennent pas ce discours, celui-ci reste fortement présent comme jugement social auquel se référer, ce qui oblige les personnes à légitimer leurs comportements. On trouve ainsi des discours de justification, les individus expliquant ne pas être des « *faignants* » (34.3). Pour éloigner ce stigmate, ces enquêtés hésitent donc à demander les aides qui pourraient pourtant, par exemple, leur permettre de se soigner. La vision et les représentations que les personnes ont des bénéficiaires d'aides, même quand elles ne sont pas négatives, influencent leurs pratiques de demande de soutien. Certains renonçant expliquent notamment ne pas se considérer comme suffisamment dans

⁶¹ HAUTCHAMP M., NAVES P., TRICARD D., *Rapport de la mission « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? »*, La documentation française, mars 2005.

le besoin pour accéder à des aides comme la CMU, même s'ils y sont potentiellement éligibles. Ils ne remettent pas en cause l'existence de ces aides, ou le système de solidarité, mais estiment que ces aides ne sont pas faites pour eux. La difficulté, pour ces personnes, est d'envisager qu'elles fassent partie de la catégorie qui reçoit plutôt que de celle qui donne :

- ✓ 48.4 : « *Et ben, j'ai toujours payé des impôts, j'ai toujours participé à cette répartition. (...) Et donc je vois pas, tant que je peux éviter de entre guillemets, même en enlevant les guillemets, de profiter de ce système-là, ben je préfère lui donner, de profiter tant que je peux donner.* »

De la même façon, on retrouve un discours de refus de demander un soutien financier à des proches, pour les questions de santé notamment. Les personnes expliquent vouloir être indépendantes :

- ✓ 34.4, agriculteur en invalidité : « *Je vois pas pourquoi je dépendrais de quelqu'un d'autre.* »

Selon les enquêtés, demander un soutien financier instaure une relation donneur/receveur qu'ils refusent. Une retraitée explique, par exemple, ne pas s'imaginer demander de l'aide à ses enfants et précise que cela ne serait pas dans l'ordre des choses :

- ✓ 34.11 : « *Quelle horreur ! Que Dieu me préserve de ça, demander de l'argent à mes enfants !* » (...) « *C'est aux parents d'aider les enfants pas aux enfants d'aider les parents.* »

D'autres ont déjà demandé un secours financier à des amis pour régler des soins mais ne souhaitent pas renouveler l'expérience, étant donné l'incidence que ces emprunts peuvent avoir sur les relations avec les proches :

- ✓ 11.6 : « *On ne veut pas se fâcher avec les gens.* »

Certains expliquent, enfin, faire appel à leur famille ou leurs amis pour des aides financières, mais pour d'autres questions que celles des soins. Il s'agit de se faire « dépanner » un peu d'argent pour les fins de mois difficiles ou encore d'emprunter de fortes sommes pour faire fonctionner l'entreprise agricole. La santé n'est ainsi pas vue comme une raison valable ou légitime pour demander de l'aide, à la différence du travail, par exemple.

5.3. Les ruptures et accidents de vie

Comme on l'a déjà esquissé dans le chapitre sur les profils des renonçants, certaines formes de rupture, ou certains changements, dans la vie des personnes peuvent être à la source de renoncement ou venir renforcer le report des soins. L'invalidité ou la maladie sont des exemples importants, mais on peut également citer des changements dans le statut matrimonial, comme un divorce ou un veuvage, ou même un déménagement. La survenue d'évènements de ce type contribue ainsi, dans de nombreux cas, à expliquer le renoncement aux soins.

5.3.1. La maladie ou l'invalidité

La maladie ou l'invalidité sont une fragilité qui, notamment quand elle intervient dans des situations de vie déjà précaire, peut être à l'origine du renoncement. Comme on l'a vu, ces deux situations entraînent notamment une baisse puis une potentielle stagnation des revenus, ce qui peut rendre problématique l'accès aux soins. Mais ces accidents de vie s'accompagnent d'autres conséquences qui peuvent, elles-aussi, causer ou contribuer au renforcement des renoncements.

Pour certaines personnes, la maladie entraîne ainsi une perte de leur statut social ou du moins professionnel. Cette perte s'accompagne parfois d'une honte qui réduit alors la qualité de la prise en charge. En effet, il arrive que des personnes ne souhaitent pas faire connaître leur nouvelle situation et préfèrent se passer des médicaments prescrits plutôt que de discuter de leur cas avec leur médecin ou

d'envisager des solutions avec lui. Un ancien pépiniériste explique ainsi qu'il fait la sélection des médicaments prescrits, une fois arrivé à la pharmacie, selon les taux de remboursements, n'ayant pas parlé de sa nouvelle situation financière à son médecin :

- ✓ 34.8 : « *Pas par fierté mais pour garder un peu de, de... pour moi quoi en fait, pour ma personne. J'ai pas besoin que les gens y sachent. Et puis c'est peut-être qu'une phase donc euh, voilà.* »

Parfois, c'est le ressentiment qui domine devant cette perte du statut d'agriculteur. Un ancien agriculteur, en invalidité, déclare avoir eu « *jusqu'à 20 personnes déclarées* ». Depuis que la maladie a fait son apparition, son niveau de vie a beaucoup baissé et il a été contraint de vendre ses terres agricoles pour pouvoir bénéficier de l'invalidité. Comme il le dit :

- ✓ 34.4 : « *Je ne prends aucun médicament alors que je devrais, sinon je mange pas.* »

Même si ce ressentiment n'est pas à la base directe du renoncement, il instaure une distance avec l'administration et la demande d'aide.

Pour d'autres, la maladie, même si elle est ancienne, reste une expérience traumatisante. Elle est décrite par les personnes comme une rupture dans leur biographie, entre un « avant » sans problème et un « après » caractérisé par une succession de difficultés dont celles en matière de soins :

- ✓ 48.8, employé : « *Y a 10 ans, avant que ma femme soit malade, aucune question se, enfin, on était peut-être naïf hein, je sais pas. Mais deux enfants, mariés, la belle vie quoi, tout est devant nous on en profite un maximum. Ski l'hiver, vacances l'été, on se refusait pas rien mais presque quoi. Ciné on allait, resto on allait. Maintenant les restos, même aux anniversaires de mariage, on y va pas.* »

A l'angoisse de l'annonce de la maladie s'ajoute ainsi fréquemment d'autres problèmes, dont la perte de l'emploi, les démarches administratives plus ou moins longues et complexes ou encore d'autres complications médicales (11.9 ; 34.6). Celles-ci entraînent, à leur tour, des frais supplémentaires ainsi que davantage d'angoisse et d'incertitude pour les ménages.

Les personnes se débattent ainsi avec leurs problèmes de santé qui s'accompagnent de problèmes financiers, de démarches administratives compliquées, d'incertitude quant à l'avenir et d'un sentiment d'impuissance renforcé par une incapacité temporaire ou permanente. Tout cela complexifie l'accès aux soins et, là encore, les difficultés de l'un touche le ménage en entier. Alors qu'une personne doit vendre ses meubles pour payer une opération de la jambe, sa femme, elle aussi en renoncement, en soulignant la baisse de moral de son mari, déclare :

- ✓ 11.6 : « *Vous voulez pas que je me soigne alors qu'il peut pas se soigner, vous avez vu ça où ?!* »

De la même façon, l'inactivité imposée et l'incertitude liée aux suites d'une péritonite pèsent lourdement sur le moral d'un travailleur saisonnier. Il explique souffrir de cette inactivité forcée, « *ça [le] fout en l'air* » tandis que sa conjointe déclare :

- ✓ 11.2 : « *Il a de plus en plus de mal à supporter la situation. (...) Lui en peut plus mais moi aussi.* »

Les conséquences médicales de la maladie peuvent aussi avoir des effets plus directs sur l'accès aux soins. Deux personnes racontent ainsi que leurs pathologies, l'un a eu un AVC (11.8) et l'autre une méningite (34.6), s'accompagnent de pertes de mémoire ou de difficultés de concentration qui rendent encore plus complexes les démarches administratives et les demandes d'aides. Pour ces deux cas, les difficultés financières et l'absence ou la rupture de la CMU-C sont une des explications de leurs renoncements actuels.

Il faut cependant préciser que les événements de maladie, et/ou de mise en invalidité, ne sont pas toujours à l'origine de renoncements, en tout cas de tous les renoncements des personnes rencontrées. Pour plusieurs enquêtés, certains renoncements sont plus anciens : la maladie du renonçant, ou de son conjoint, ne vient que les renforcer. Celle-ci entraîne alors un déséquilibre plus important, à la fois financier et moral, qui rend encore plus inaccessible des soins qui étaient auparavant « simplement » reportés. Les solutions d'accès aux soins, envisagées dans la période hors maladie, deviennent encore plus difficiles à mettre en place une fois la pathologie ou l'invalidité apparue. Ainsi, quand la maladie advient dans un contexte financier déjà précaire, au sein de ménages dans lesquels des reports sont déjà présents, elle rend plus ténue les espoirs d'amélioration, par le travail notamment, qui pouvaient exister et elle transforme le report en renoncement durable⁶².

5.3.2. *Les changements de situation matrimoniale*

La fin de la vie conjugale, qu'elle soit provoquée par un divorce, une séparation ou encore un deuil, peut conduire à des difficultés financières et matérielles qui peuvent déboucher sur des renoncements aux soins. Les revenus sont réduits et cette réduction n'est pas compensée, dans certains cas, ou insuffisamment dans d'autres. Ainsi les pensions, qu'elles soient de réversion dans le cas des veuves, ou alimentaires dans le cas des divorces, ne permettent pas, en général, d'accéder au niveau de vie antérieur. Les personnes se retrouvent également seules pour faire face à des dépenses qui auparavant étaient assumées à deux : certaines, de plus, sont incompressibles, comme les emprunts immobiliers ou le loyer. La séparation peut provoquer, de son côté, une augmentation des frais pour la période de transition, en nécessitant un logement supplémentaire. C'est ce qu'explique une employée de bureau qui met en attente des soins de lunetterie :

- ✓ 48.1 : «*Je me suis séparée, j'ai encore un emprunt plus un loyer à payer. Là, les fins de mois sont très dures. (...) Avant on était deux donc c'était plus simple.* »

La veuve d'un agriculteur (11.4) raconte, de son côté, qu'elle a dû reprendre l'exploitation au décès de son mari sans connaître le métier, ce qui a conduit à une accumulation de dettes qu'elle doit encore aujourd'hui régler, bien qu'elle ait, depuis, cédé l'entreprise agricole à son fils. Ainsi, même quand le veuvage s'accompagne d'un héritage conséquent, les possibilités d'en profiter longuement ne sont pas automatiques. Ces difficultés financières, associées aux adaptations plus ou moins douloureuses que nécessite la fin de la vie de couple, facilitent l'apparition ou l'enracinement des renoncements.

A l'inverse, des personnes ont expliqué avoir un accès réduit aux soins du fait de leur installation en couple. En rencontrant quelqu'un et en se déclarant en concubinage auprès de la MSA, deux personnes (ex. : 66.4), indiquent ainsi avoir perdu des droits, à la CMU-C et à des prestations sociales, qui leur étaient nécessaires pour accéder aux soins. Ce changement dans les droits est dû au nouveau calcul du revenu des ménages, mais les personnes expliquent que cette augmentation de revenus ne compense pas la perte de droits qu'a entraînée le passage de palier.

5.3.3. *D'autres situations de vie : l'isolement géographique ou/et social*

D'autres éléments viennent compliquer l'accès aux soins et établir une distance entre les renonçants et le système de santé. Pour certains, un isolement social et géographique vient accentuer des difficultés pour connaître, et faire appliquer, ses droits ou encore pour exprimer ses besoins. Plusieurs éléments

⁶² Du point de vue méthodologique, les personnes rencontrées dans ces situations ont été repérées du fait de cette nouvelle maladie, qui les a amenées à faire des démarches auprès de la MSA. Sans ces circonstances nouvelles, elles n'auraient pas fait part de leur situation de report, car elles ne leur apparaissaient pas comme problématiques et qu'au niveau de leur « champ des possibles » une amélioration de leur situation était envisagée.

contribuent à cet isolement.

Sur le plan géographique, habiter dans un lieu reculé et faiblement peuplé rend plus complexe l'accès aux soignants. Cette situation a aussi pour effet de réduire les contacts avec l'extérieur et peut pousser à un recentrement sur la famille, ou du moins à une faiblesse des « réseaux ressources ». La vie dans les zones rurales concerne une majorité des personnes reçues en entretien (25 sur 42), mais certaines zones sont davantage éloignées du système de santé et de l'offre de soin, et certaines personnes davantage isolées. Bien que la plupart des agriculteurs vit sur ses terres et soit souvent excentré, cette situation n'implique pas forcément un isolement social. Certains cas, cependant, montrent que l'isolement géographique associé à une focalisation sur le travail, favorisent une faible préoccupation pour les soins. Un cas extrême est celui de ce berger lozérien nouvellement installé. Il s'est construit un « *camping* » dans la forêt auprès de son troupeau et évite le plus possible de quitter cet endroit. Il réduit au maximum ses visites en ville, ce qui ne permet ni la prise de rendez-vous médical, ni un suivi administratif. On trouve d'autres situations moins préoccupantes, mais plus fréquentes, d'agriculteurs isolés socialement mais aussi professionnellement. Plusieurs font le constat, en effet, d'une baisse des liens de solidarité au sein de la profession⁶³ qui ne permet pas de contrebalancer l'isolement géographique.

Certains travailleurs précaires, ou retraités, expliquent de leur côté vivre dans des hameaux qui obligent à de longs déplacements en voiture pour accéder à l'offre de soins, chose qui n'est pas toujours envisageable compte tenu des difficultés financières pour payer le carburant. Un couple de travailleurs précaires allemands a ainsi passé un hiver sans revenu, et presque sans quitter son logement isolé, le mari diabétique renonçant à se procurer de l'insuline pendant cette période. Dans ce dernier cas, cette situation de repli et d'isolement est accentuée par des difficultés de maîtrise de la langue. Un autre ménage renonçant explique les difficultés pour des étrangers de pouvoir connaître l'offre de soins et de pouvoir y accéder. Cette famille portugaise, installée depuis 12 ans en France, estime qu'en l'absence de relations il est plus difficile d'obtenir un rendez-vous médical :

- ✓ 11.9 : « *Ici de France, parce qu'il connaît un tel et un tel, oui c'est facile. Mais pour des étrangers comme nous que nous connaissons personnes. (...) Par exemple quand vous y allez au dentiste, il vous dit je suis plein allez y voir l'autre. Quand vous y allez à l'autre il va vous dire oh non je prends plus personne. Quand vous dites je connais un tel, « Ah oui c'est mon copain, je vais vous trouver un rendez-vous ». C'est quand même un peu difficile. »*

En outre, la mauvaise maîtrise de la langue rend plus vulnérable :

- ✓ 11.9 : « *Après c'est trop difficile moi aussi encore à comprendre les papiers. Et je pense que c'est ça aussi, ça me laisse lâcher un peu, parce que chaque fois que vous y allez au médecin, chaque fois que vous y allez quelque part, il fait faire des dossiers, des dossiers. Et je me perds un peu, je me perds un peu dans le dossier. »*

Il y a 10 ans alors que le couple ne parlait pas le français et travaillait dans une exploitation, le mari a eu une maladie des poumons. Les médecins ont inscrit « cause inconnue » dans le dossier, mais le couple estime que c'était lié aux produits utilisés dans le travail et, qu'avec une meilleure maîtrise de la langue, il aurait été davantage capable de se défendre et de réclamer une reconnaissance comme maladie professionnelle. La femme déclare, plus généralement, que la mise en place des soins pour des étrangers est plus difficile à cause des difficultés de langue qui entraînent d'autres complications :

- ✓ 11.9 : « *Moi je trouve que, comme moi je me trouvais dans cette situation, y a beaucoup encore des étrangers qui se trouvent dans cette situation. Ils renoncent beaucoup à soins, des fois des gens bien malades, parce que ils arrivent, ils arrivent pas à, comment je peux dire, à*

⁶³ NICOURT Christian, *Être agriculteur aujourd'hui: l'individualisation du travail des agriculteurs*, éditions QUAE, 2013, p.248

trouver des médecins, des trucs comme ça. (...) Ils ont peur d'aller au médecin parce que le médecin il les comprend pas comme il faut. »

L'isolement social peut aussi provenir d'une rupture de relations sociales liée à un déménagement. C'est le cas d'une famille nombreuse qui a quitté la Bretagne pour suivre sa fille aînée partie faire des études dans le Sud de la France. Les difficultés pour ce ménage de six enfants sont nombreuses, la femme étant en congé parental et le mari en arrêt maladie. Leur isolement lié à leur installation récente complique encore davantage la situation ; ils ne peuvent pas trouver d'aide auprès du réseau familial ou amical proche, ce qui les oblige à se débrouiller seul :

✓ 11.9 : *« On est tout seul, on est arrivés tout seul ici. »*

5.4. La guidance administrative : manque et besoin

L'absence de protection sociale est une raison importante de renoncement aux soins. Parfois il s'agit d'un renoncement ponctuel dû à une rupture dans la protection sociale de base, parfois d'un renoncement plus ancré à cause de difficultés pour accéder à une couverture complémentaire en matière de santé. Nous en avons parlé, les démarches administratives et les aides proposées sont, dans certains cas, insuffisantes ou trop complexes pour les personnes. De plus, celles-ci ne savent pas toujours comment être aidées ou ne trouvent pas à être accompagnées selon leurs besoins. Ces situations interrogent ainsi la « guidance » vers les droits et les soins et permettent d'aborder de possibles manques, au regard des expériences toujours personnelles et complexes des renoncants.

5.4.1. Les difficultés pour obtenir ou conserver une protection maladie

La couverture maladie permise par l'affiliation à la MSA, à travers la protection de base ou la CMU-C, est un élément essentiel pour l'accès aux soins des personnes interrogées. L'obtention de la CMU-C, notamment, structure pour certains la mise en place des soins : les personnes préfèrent attendre de récupérer leurs droits ou simplement qu'ils soient étudiés pour entamer des démarches de soins. De la même façon, la perte ou la suspension de la CMU-C peut entraîner de nouvelles mises en attente quelles que soient d'ailleurs les raisons de cette rupture de droits.

Onze personnes ont, ainsi, fait état d'une rupture dans leurs droits à cause de difficultés dans les démarches ou de changements de situation. Pour cinq personnes, ce sont des problèmes dans le renouvellement de leur CMU-C qui sont en cause et qui ont conduit à un report d'une partie de leurs soins. Parmi elles, certaines expliquent que le dossier envoyé n'a pas été reçu ou traité par les services. D'autres pointent du doigt leur responsabilité, expliquant avoir oublié d'effectuer les démarches à temps. Une personne dit ne pas connaître les raisons de cette rupture de droits alors qu'une autre, au Revenu de Solidarité Active (RSA), explique que son dossier lui a été, à plusieurs reprises, renvoyé car jugé incomplet. Ces contretemps dans le traitement des dossiers et dans le renouvellement des droits peuvent parfois prendre plusieurs mois, ce qui peut repousser d'autant la mise en place de certains soins. En effet, les personnes ne peuvent plus faire face aux avances de frais ou aux dépassements d'honoraires qu'elles n'avaient pas à affronter avec la CMU-C.

La fin de la CMU-C peut aussi être due à un changement de situation personnelle qui conduit à l'inéligibilité par rapport aux critères retenus pour l'ouverture des droits. Ainsi des personnes perdent le bénéfice de la CMU-C mais n'arrivent toutefois pas à accéder à une protection complémentaire payante équivalente compte tenu de leurs revenus :

- ✓ 66.4 : « *Depuis que je suis en concubinage, on était juste 200 euros au-dessus du truc ! Donc la MSA m'a envoyé un bon comme quoi je pouvais avoir 500 euros si je prenais une mutuelle, qu'ils versaient à la mutuelle. Mais ça me faisait encore trop quoi.* »

A l'inverse, des personnes en attente de la CMU-C, ont entrepris les démarches pour avoir cette aide car elles ne pouvaient plus assumer les coûts de leur complémentaire et/ou de leurs soins à cause d'un changement de situation. C'est le cas, par exemple, d'un ancien pépiniériste qui a déposé le bilan de son entreprise après un accident qui a conduit à un arrêt de travail long et une Affection de Longue Durée (ALD). Mais les démarches pour accéder à ces nouveaux droits sont complexes, d'autant que, pour ce cas, sa situation antérieure ne le rend pas directement éligible. Il doit donc attendre d'avoir terminé une période de trois mois sans revenu pour accéder au RSA et ensuite faire une demande de CMU-C. Entre temps, il hésite à aller chez son médecin traitant car il explique ne pas pouvoir avancer le prix de la consultation vu sa situation financière :

- ✓ 34.8 : « *Je me suis retrouvé sans de quoi manger.* »

Pour deux autres personnes, c'est la protection de base qui a été suspendue, ce qui a conduit à une mise en attente des soins. Pour l'une, il s'agissait d'un changement de régime entre la CPAM et la MSA qui nécessitait des démarches, notamment pour obtenir une nouvelle carte vitale à jour. Pendant ces démarches, la personne a préféré suspendre ses soins, de peur qu'ils ne soient pas pris en charge, malgré la réassurance des salariés de la MSA sur le maintien de la protection même en l'absence de la nouvelle carte :

- ✓ 34.15 : « *Soit disant que j'étais couverte quand même, mais enfin...* »

La durée qu'elle a jugée excessive pour sa nouvelle affiliation à la MSA peut expliquer la faible confiance qu'elle accorde à ces propos.

L'autre personne n'avait pas travaillé suffisamment pour se maintenir au régime agricole, mais elle explique n'avoir reçu aucune information concernant sa fin de protection. C'est donc, par hasard, qu'elle a appris sa situation, après quoi elle a pu entreprendre des démarches pour y remédier.

Plusieurs personnes expliquent que les difficultés pour accéder à leurs droits à la protection santé sont liées à des problèmes administratifs et, notamment, des pertes de dossiers. Certaines estiment que celles-ci sont dues à la multiplication des centres de décision au niveau régional de la MSA entre Alès, Montpellier ou encore Mende. La plupart choisit ainsi aujourd'hui de se déplacer aux guichets des accueils pour déposer son dossier, afin d'être assurée qu'il soit pris en charge mais aussi d'être conseillée sur son contenu. On retrouve ainsi fréquemment des discours de satisfaction sur le suivi des dossiers par les agents rencontrés, notamment dans les agences rurales. Dans les agences de ville, la difficulté de rencontrer les mêmes personnes est, pour certains, vécu comme un problème :

- ✓ 66.1 : « *Je suis venu la première fois faire vérifier, donc on m'a dit il manque ça, ça, ça et ça. Donc j'ai mis ça, ça, ça et ça. Et donc c'est une dame qui m'a pris, je suis revenu c'est une autre dame qui m'a pris "Ah mais oui mais il manque ça", alors qu'on me l'avait pas demandé précédemment. Alors je suis revenu, c'est une autre dame qui m'a pris, "Ben il manque ça". Donc je suis venu 4 fois pour ça. C'est jamais la même personne, ça c'est pas, c'est pas non plus très bien.* »

Il reste cependant que la complexité des dossiers qu'il faut constituer pour obtenir une prise en charge, ou des droits en matière de santé, est vue comme une barrière pour les personnes, qu'il s'agisse d'un problème de langue ou de compétence pratique. Certains signalent ainsi avoir de fortes difficultés en ce qui concerne les démarches administratives en général :

- ✓ 11.2 : « *Les paperasses c'est pas mon rayon. Si je travaille dans les vignes c'est que, parce que les papiers, pitié !* »

Même pour des personnes qui disent avoir davantage l'habitude des dossiers administratifs, les démarches peuvent sembler complexes, notamment dans une période difficile de maladie et de baisse de revenus :

- ✓ 11.2 : « *On s'est retrouvé en même temps, tous les deux, dans une situation très difficile. Donc j'arrivais, inextricable pour moi parce que c'est pas évident de s'en sortir avec l'administration, excusez-moi même avec la MSA. Hein, c'est pas toujours facile de se faire entendre ou d'arriver à se sortir de ce genre de choses.* »

5.4.2. Des droits et des démarches connus mais de manière approximative

Les entretiens montrent que la majorité des personnes connaît le dispositif de la CMU et dans une moindre mesure celui de l'ACS. Très peu sont en revanche au courant de l'existence d'éventuelles aides exceptionnelles en matière de soins. La plupart des personnes interrogées reste souvent très dubitative voire incroyante sur l'existence de ce type d'aide :

- ✓ 34.9, agricultrice à la retraite : « *Là j'y crois pas, je crois pas que je pourrais être aidée, hélas. C'est pour ça que j'ai dit j'y vais peuchère, mais... Si je leur demande, on va pas leur demander... Enfin vous, vous avez déjà vu des aides exceptionnelles vous ?! Vous l'avez déjà vu ça ?!* »

Cette méconnaissance, qui s'exprime par de l'incrédulité, est un frein pour demander de l'aide. Certaines personnes, déjà peu enclines à entreprendre des démarches, hésitent d'autant plus si elles estiment que ces démarches n'aboutiront pas. Demander un droit spécifique est différent et moins engageant pour la personne que de solliciter un soutien plus global, auprès d'une personne de l'administration ou d'un travailleur social qui tentera plusieurs démarches, ancrant d'autant plus la personne dans une situation de demande qui ne lui est pas familière. On peut d'ailleurs noter que plusieurs personnes expliquent avoir eu accès ou connaissance de leurs droits (tiers payant, éligibilité CMU, pension d'invalidité) « *par hasard* » (ex. 11.3, 48.5) se déplaçant au guichet pour une autre raison ou recevant l'information par des personnes extérieures à la MSA.

Même quand certains droits sont connus, il y a souvent des imprécisions en ce qui concerne les démarches nécessaires ou les avantages qu'ils peuvent procurer. Ces imprécisions peuvent être la cause mais aussi expliquer le fait que les personnes n'entament pas les démarches. Les dossiers sont présentés comme trop compliqués, les délais trop longs ou les avantages trop réduits. Certains estiment ainsi que les droits proposés n'apportent qu'une plus-value minimale voire nulle pour leur situation. Dans ces discours apparaissent aussi, parfois, une connaissance partielle des bénéficiaires qu'offrent certains droits. Une femme en invalidité explique ainsi ne pas demander la CMU-C, principalement à cause d'une connaissance insuffisante de ce dispositif, du type de protection qu'il offre et des soins qu'il permet de prendre en charge. Elle se justifie ainsi :

- ✓ 11.4 : « *Mais le problème c'est que la CMU, c'est le régime du bas, et moi c'est vrai que... Bon, c'est vrai qu'après on paye rien. Je sais pas, je me suis pas renseignée.* »

Un agriculteur déclare, quant à lui, que l'ACS ne pourra pas être une aide suffisante vu sa situation :

- ✓ 48.5 : « *Au niveau de l'exploitation, 150 euros c'est, c'est rien quoi. C'est le vétérinaire qui vient une fois hein. C'est vrai, au niveau de la complémentaire c'est quoi 150 euros ? Je donne je sais pas combien 8 ou 900 euros. Bon, c'est mieux que rien mais c'est pas, c'est pas ce qui va me faire changer, c'est pas ce qui va me faire mettre des prothèses auditives.* »

Dans ces deux cas, les autres bénéficiaires associés aux différentes aides, comme le tiers payant, ne sont quant à eux pas mis en avant.

Parfois une mauvaise connaissance des critères d'attribution, et des démarches, peut décourager les

personnes à simplement s'engager dans un processus de demande des aides ou dispositifs. Parallèlement, certaines personnes anticipent, à tort ou à raison, leur non éligibilité. Une travailleuse précaire (34.13) n'a ainsi pas sollicité la CMU-C pendant des années car elle ne pensait pas pouvoir y prétendre, étant propriétaire d'un petit terrain. Après une erreur dans son premier dossier, un agriculteur en invalidité (34.4) attend, quant à lui, l'année prochaine pour en constituer un nouveau. En effet, les revenus annuels de sa compagne ont été considérés comme des revenus mensuels, ce qui a conduit à un refus de CMU-C. Il n'a pas refait de dossier en précisant les revenus car il est persuadé qu'il n'est pas autorisé à déposer plus d'un dossier par an, d'où son attente. De la même façon, un travailleur précaire, après avoir reçu une notification de fin de RSA du fait d'une période de travail plus importante, a jugé inutile d'entreprendre des démarches pour le renouvellement de sa CMU-C :

- ✓ 11.2 : *« Le RSA, ça s'est arrêté. Enfin, j'ai plus fait de demande parce que l'année dernière la MSA m'a envoyé un truc pour dire que je touchais trop, que j'avais trop travaillé, alors que j'ai plus droit au RSA. (...) Donc pas de RSA, pas de CMU dans mon idée. Question : Vous avez pas fait la demande ? Réponse : J'ai pas fait la demande du coup. »*

Ces situations qui inhibent les demandes entravent l'accès aux droits, d'autant plus que même si la demande conduit à un refus, d'autres droits pourraient être proposés, comme c'est le cas de l'ACS avec la CMU-C. A cela s'ajoute les représentations négatives sur certaines aides, qu'elles soient fondées sur une expérience personnelle, celle d'un proche ou des informations plus disparates (voir partie suivante).

Certaines personnes, bénéficiant d'une prise en charge à 100%, disent ne pas être bien informées sur leurs droits pour certains soins. Elles ne savent pas toujours quels sont les soins remboursés ou encore les démarches à entreprendre pour bénéficier effectivement de leur prise en charge, par exemple, en Affection de Longue Durée (ALD). Une retraitée, ayant une invalidité, raconte ainsi avoir dû faire, à plusieurs reprises, des dossiers de remboursement pour que son 100% soit finalement pris en compte. Elle ne comprend pas cette situation et pointe les complications rencontrées dans le traitement de son dossier :

- ✓ 11.3 : *« Bon, quand on ouvre le dossier tout le monde le voit que je suis en incapacité 5. Donc ils sont pas plus couillons que les autres, c'est eux qui m'y ont mis la MSA. Bon, ils te renvoient, ils te retournent la demande de cure en te disant 65%. Alors il faut refaire une demande de cure en mettant 100%, ils perdent la demande de cure il faut en refaire. »*

Elle explique également ne pas trouver d'aide dans ces démarches, du moins par téléphone :

- ✓ 11.3 : *« Pas la peine d'essayer de les [la MSA] appeler si jamais vous avez un problème parce que jamais ils répondent. »*

5.4.3. Les différentes raisons d'une non-demande

Plusieurs raisons expliquent l'absence de démarche de certaines personnes pour tenter de résoudre leurs problèmes d'accès aux soins, même quand les droits sont connus et semblent accessibles. Au-delà d'un refus plus général d'une aide extérieure, étudiée dans une partie précédente, il peut s'agir d'un rejet d'une aide spécifique stigmatisée et « stigmatisante » du point de vue des personnes rencontrées. C'est le cas de la CMU-C, que certaines personnes refusent ou hésitent à demander. Ce refus peut-être lié à une expérience personnelle directe ; des personnes racontent ainsi des difficultés d'accès aux soins ou à des soins de qualité pendant leur période à la CMU-C :

- ✓ 11.2 : *« Moi je me souviens la CMU, n'importe quel dentiste va pas te faire les soins hein. Question : Vous avez eu des refus ?*

Réponse : *Pas un refus euh [direct]... (...) Moi le dentiste chez qui j'étais allé, il m'avait dit en plus vous êtes à la MSA alors il faut s'y prendre à plusieurs fois pour se faire payer, la croix et la bannière pour se faire payer.»*

Il peut également s'agir d'une expérience indirecte : les enquêtés n'ont jamais eu la CMU-C mais ont côtoyé des personnes qui l'avaient et en ont tiré une image négative (11.4, 66.3). Les critiques ne se font pas uniquement sur la qualité des soins mais également sur la stigmatisation que peuvent subir les bénéficiaires de la CMU-C de la part de certains soignants :

- ✓ 11.10, femme seule avec enfant en reprise d'études : *« Et c'était pas un très bon souvenir la CMU. Je sais que y a plein de médecins ou quoique ce soit... Et j'ai vraiment eu l'impression d'être mal soignée avec la CMU. Y a même une fois on m'a engueulé parce que j'avais pas dit tout de suite que j'avais la CMU. (...). C'était un gynéco. (...). Voilà, j'ai sorti au fait j'ai la CMU et j'ai eu l'impression d'être une merde, voilà. »*

On trouve aussi des personnes qui ne se sentent pas légitimes à en bénéficier et qui ont l'impression que demander ce droit serait le retirer à d'autres populations, davantage dans le besoin. Une travailleuse précaire percevant l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) explique ainsi :

- ✓ 34.13 : *« Moi j'estime qu'y en a qui ont plus besoin que moi. Ils parlent de trou de Sécu, ils parlent euh, enfin bon. Y a beaucoup de choses qui se, qui se greffent là-dessus alors je sais pas. »*

Elle a cependant fini par faire une demande mais explique vouloir « arrêter la CMU » dès que ses soins urgents seront mis en place, pour ne pas en « profiter » davantage :

- ✓ 34.13 : *« Moi, cette année si j'ai la CMU, je fais tout. Voilà, je fais les dents, les yeux et après je l'enlève. J'en veux plus de la CMU. »*

Enfin, solliciter un soutien peut être vécu comme une épreuve pour les personnes. Une mauvaise expérience, lors d'une précédente demande d'aide, peut modérer les volontés de demandes supplémentaires. Une aide-soignante en congé sans solde et femme d'agriculteur, dont le rattachement à la MSA a pris un temps qu'elle juge trop important, explique ne pas vouloir demander d'autres aides à la MSA :

- ✓ 34.15 : *« Ah non, non, non. Ah non, parce que le temps de faire le dossier et tutti quanti, vous vous rendez compte ! Déjà rien que pour cette carte vitale là, 6 mois. »*

La réticence à demander à nouveau est d'autant plus forte quand ces mauvaises expériences sont à l'origine d'une mauvaise image générale, dans l'esprit des personnes, de la MSA ou des administrations dans leur ensemble. Ainsi on retrouve des discours critiques voire suspicieux envers le régime agricole. Une agricultrice à la retraite (34.9) raconte, par exemple, avoir eu des difficultés avec la MSA qui prélevait, selon elle, des sommes indues qu'elle finissait par rembourser après réclamation.

Dans d'autres cas, une tentative infructueuse de demande d'aide est invoquée comme raison pour ne pas faire de nouvelles démarches. C'est ce qu'explique un ancien agriculteur en invalidité (34.4). Il a déjà été voir une assistante sociale à la MSA qui n'aurait pas voulu, selon lui, fournir l'aide qu'il demandait pour un courrier. Sa femme aurait cependant eu plus de succès avec l'assistante sociale de la CPAM. Cette expérience lui « a suffi » et aujourd'hui il « envoie tout promener ». Ces situations ne signifient cependant pas une rupture totale et systématique avec les organismes sociaux. Elles montrent néanmoins la fragilité de la relation de confiance avec l'administration, en même temps que l'importance de la qualité de cette relation dans la mise en place et l'aboutissement de démarches en matière d'accès aux droits maladie et aux soins.

On trouve ainsi, et à l'inverse, des discours de satisfaction concernant certains salariés de la MSA ou certaines agences qui ont permis, selon les enquêtés, le déblocage de situations difficiles. Un renonçant explique, par exemple, qu'une personne de la MSA, rencontrée pour la mise en place de sa retraite, a porté à sa connaissance son éligibilité pour une pension d'invalidité :

- ✓ 66.4 : « *Je suis tombé sur un mec sympa qui m'a dit non, vous pouvez, t'as droit à ça quoi, faut le demander quoi.* »

Un autre n'hésite pas à déclarer à propos d'un médecin conseil de la MSA :

- ✓ 34.16 : « *Vous pouvez lui dire que je pense que c'est lui qui m'a sauvé la vie [en m'attribuant un statut d'invalidé]. (...) Vous pouvez lui dire que Mr L. le remercie, parce que c'est grâce à lui que je revis.* »

5.5. La question de la guidance médicale

La non-sollicitation des services de santé, ou la distance avec les soins, peut aussi provenir en partie d'un manque en termes de guidance médicale. Celle-ci peut recouvrir au moins deux volets : le suivi médical et l'accompagnement vers les soins. Le premier élément qui ressort des entretiens est la faible exigence des personnes vis-à-vis des soignants en ce qui concerne la guidance sur le chemin de l'accès aux soins. Le travail des soignants est jugé en fonction de leurs compétences médicales, mais presque jamais sur leurs capacités à diriger les personnes vers des facilités de paiement, des soins mieux remboursés ou moins chers et/ou vers des interlocuteurs qui pourraient les aider concernant l'accès à leurs droits maladie. Peu de critiques sont ainsi exprimées à ce niveau, même si des épisodes de manque sur ces questions sont rapportés. Les personnes font, en revanche, état de mauvaises expériences ou expriment des jugements négatifs à l'encontre des personnels soignants ou du système de soin sur le plan médical. Cela peut les décourager à entamer de nouvelles démarches de santé qui pourraient pourtant leur permettre de sortir d'une situation de renoncement.

5.5.1. Le suivi médical : mauvaises expériences et distance avec le système de santé

Plusieurs renonçants font état d'expériences de guidance médicale qui ont conduit à une perte de confiance dans les professionnels de santé. Pour certains, cette perte de confiance est amenée comme une cause principale de renoncement. Pour d'autres, les erreurs ou les maladresses des praticiens viennent renforcer et justifier une distance déjà instaurée avec le système de santé. On retrouve ainsi des descriptions de suivis jugés insuffisants dans les discours de personnes, qui éprouvent donc peu de motivation à se soigner. Un ancien ouvrier, ayant été victime d'un AVC, exprime une volonté de retrouver davantage d'autonomie en entamant sa rééducation mais dit ne pas être soutenu par son chirurgien. Il explique n'avoir pas eu le suivi qu'il espérait après son AVC et déclare au sujet de sa demande de rééducation :

- ✓ 11.8 : « *Je lui ai dit voilà je voudrais passer un mois en maison de rééducation, pour travailler tous les jours. (...) Il m'a dit c'est trop tard. J'ai rien compris, j'ai laissé tomber.* »

Selon ce renonçant, qui cumule par ailleurs des difficultés médicales et financières, le manque d'incitation et d'encouragement, de la part de son chirurgien, ne lui a pas permis de sortir du renoncement alors qu'il constate, avec une forte appréhension, une détérioration de ses capacités motrices et langagières qu'il ne sait pas comment combattre.

Au-delà du rôle incitatif que les professionnels de santé peuvent avoir pour faire avancer les personnes dans leur parcours de soins, c'est plus globalement la nature de la relation et la confiance en un médecin qui peuvent être déterminantes en matière d'accès aux soins. La confiance dans le médecin traitant joue un rôle important dans le rapport de la personne à sa santé et aux soins. Plusieurs renonçants expliquent ainsi accorder une forte confiance à leur généraliste, qui les a aidés et les aide

encore à se diriger, à la fois médicalement et administrativement, pour sortir du renoncement, même si cette aide n'a pas toujours été suffisante pour en sortir durablement.

A l'inverse, un employé (48.2), qui a choisi de ne pas suivre les recommandations de son chirurgien en matière de rééducation après une opération du bras, rapporte que sa mère a fait confiance à son médecin traitant alors que celui-ci n'aurait, d'après lui, pas su détecter son cancer malgré ses nombreuses visites. L'avis médical est ainsi vu comme critiquable et négociable. On voit aussi, à travers cet exemple, que ce ne sont pas seulement les expériences des personnes elles-mêmes qui peuvent compliquer le positionnement par rapport aux soignants et aux soins, mais bien aussi les expériences vécues par d'autres. La construction de la relation avec les soignants résulte ainsi d'un processus long et complexe au sein duquel expériences passées et présentes, expériences personnelles et d'autrui, viennent s'entremêler. La teneur ou la nature de ce rapport peut, en tout cas, venir atténuer ou attiser le renoncement.

Certains renonçants estiment ainsi ne pas bénéficier de suffisamment de considération et d'attention de la part de leur médecin traitant :

- ✓ 48.7 : « *Ils [les médecins] vont pas jusqu'à ce point-là [donner des renseignements sur le financement]. Ils ont tellement de travail que plus vite vous êtes passé, mieux c'est hein. Au suivant !* »

Une partie de ces renonçants explique avoir changé de médecin traitant pour cette raison, choisissant leur nouveau généraliste en fonction notamment de sa capacité d'écoute. D'autres préfèrent conserver leur médecin traitant par habitude, mais contredisent parfois ses diagnostics ou ses prescriptions et se tournent régulièrement vers des soins alternatifs. Un agriculteur, à la retraite, raconte ainsi se procurer des informations médicales à travers un magazine qu'il reçoit et se servir de ces informations auprès de son médecin pour négocier certaines prescriptions (11.1).

Pour une personne déjà peu encline à aller consulter, une mauvaise expérience avec un médecin devient un argument supplémentaire pour ne pas se préoccuper davantage de sa santé. Certains enquêtés disent avoir l'impression que leurs problèmes de santé et leurs besoins de soins ne sont pas toujours suffisamment pris en considération et/ou entendus par les professionnels de santé, et ce alors même qu'ils pensent ne pas être dans une demande de soins excessive :

- ✓ 11.2, travailleur précaire : « *L'autre [son médecin traitant], la dernière fois que j'ai été le voir la tension il me l'a pas pris.*
Mme : *Il faut le réclamer (rires)!*
Mr B : *Il faut le réclamer ouais, ben j'ai pas fait, je suis pas le contremaître, je suis pas, c'est pas moi qui dirige les travaux. C'est moi qui me suis jeté sur la balance pour me peser. (...) Parce que ça m'a tracassé ça, 55 kilos un coup de vent je m'envole moi.* »

A l'inverse, des personnes estiment que l'écoute apportée par le médecin traitant, ou un autre professionnel de santé, dans le cadre de leur suivi médical, les conseils donnés sur les soins ou par rapport à certaines prescriptions, l'orientation directe aussi vers des confrères sont des éléments concrets qui peuvent améliorer l'accès aux soins.

Pour expliquer le renoncement, on trouve également des discours de remise en cause de la médecine classique et de son efficacité. Certaines personnes expliquent, par exemple, n'avoir pas confiance dans la médecine allopathique qui ne traite, selon elles, qu'une partie du problème (34.13 ; 48.2 ; 66.3) ou dans les médicaments :

- ✓ 34.15 : « *Moins on en prend, mieux c'est. On sait pas ce qu'il y a dans ces molécules.* »

Sans pouvoir dresser une biographie de cette mise à distance de la médecine conventionnée, il est possible de souligner que les expériences de suivis médicaux que les renonçants considèrent comme « mauvaises » ne permettent pas de rétablir une forme de confiance dans le système de soin. Une travailleuse précaire, qui se dit adepte des médecines douces et magnétiseuse, explique avoir été hospitalisée pour une suspicion de sclérose en plaques. Après quelques jours, et sans que cette suspicion ait pu être confirmée ou infirmée, les médecins l'ont laissée sortir. Son médecin traitant de l'époque, qu'elle avait choisi parce qu'il était ostéopathe, lui a expliqué qu'elle n'aurait pas dû être « libérée » lorsqu'il a reçu ses résultats. Selon lui, son taux de globules blancs était un signe que l'infection n'avait pas disparu :

- ✓ 34.13 : « *Ils m'ont laissée sortir dans le même état où je suis rentrée en fait !*

Question : *Et vous savez pourquoi ?*

Réponse : *Non, mal suivie, voilà c'est tout. Et comme moi je fais mes appositions de mains, je pense que du fait que je me soigne, voilà j'ai régularisé le problème. Mais quelqu'un qui l'aurait pas fait, je pense que... Je sais pas c'est bizarre de laisser les gens sortir comme ça alors que y a encore l'infection quoi.* »

La rencontre avec la médecine hospitalière aurait pu être l'occasion, pour cette femme, de s'inscrire dans un parcours de soins pour cette pathologie lourde qui semble s'être déclarée. Au contraire, l'avis de son médecin traitant sur sa sortie anticipée est davantage venu confirmer une distance au système de soins classique déjà installée. En effet, cette renonçante, qui fait davantage confiance aux plantes et au magnétisme notamment, s'appuie aujourd'hui sur son expérience pour défendre l'idée que le système de santé proposé n'est pas satisfaisant, et pour ainsi justifier sa faible motivation pour accéder à ce système.

Parfois le suivi médical est rendu difficile par la séparation entre ces différentes médecines qui ne permet pas une communication des soignants. C'est le cas, par exemple, d'un maraîcher (66.4) qui choisit de faire traiter ses douleurs de dos par un ami « micro kiné » mais qui ne discute pas de ces questions, ni de ce traitement, avec son médecin. Il arrive, comme c'est le cas ici, que les personnes trient les informations données à leur médecin ce qui peut alors complexifier leur suivi médical par celui-ci et/ou entraîner des phénomènes de renoncement aux soins. Le sentiment de certaines personnes que les médecines douces, auxquelles elles sont adeptes, sont déconsidérées par la médecine classique et une majorité des soignants, accentue le tri de ces informations.

5.5.2. *La guidance dans l'accès aux soins : faibles attentes et préjugés*

Il ressort des entretiens que les médecins sont souvent vus comme des techniciens de la science médicale et peu comme des accompagnateurs dans les démarches de soins. Dans cette perspective, la plupart des personnes n'attendent, par exemple, pas des médecins qu'ils les informent sur l'accès aux droits maladie et sur les démarches à mettre en œuvre en la matière. Plusieurs personnes relèvent cependant des manques de la part de soignants dans la réalisation de certaines démarches administratives, ce qui a pu compliquer la mise en place de soins. C'est le cas notamment dans les situations d'arrêt de travail qui impliquent le remplissage de dossier par les médecins. Une agricultrice (34.12) raconte ainsi avoir dû revenir voir son généraliste qui n'avait pas rempli le bon volet, ce qui a entraîné un retard dans sa prise en charge. L'imprécision, dans le remplissage de certains dossiers de prise en charge des soins médicaux, peut venir conforter une distance à la santé déjà bien installée (ex : 11.2).

Très peu de personnes estiment, cependant, qu'il est du ressort et de la responsabilité du médecin de les soutenir dans la réalisation des démarches de prise en charge de leurs soins par l'Assurance

Maladie et dans la mise en place d'une protection maladie adaptée à leur situation, y compris pour trouver des solutions abordables pour se soigner. Une retraitée explique ainsi que son médecin l'envoie chez des spécialistes sans prendre en compte, ou sans lui donner d'informations, sur d'éventuels dépassements d'honoraires. Elle considère toutefois que cette situation est normale :

- ✓ 11.3 : « *Bon, il [le médecin traitant] m'envoie voir un spécialiste c'est qu'il juge que c'est le mieux à même de me soigner. Si je veux pas payer un supplément qu'il m'envoie chez un charlot euh, si on doit me faire une infiltration dans le dos j'ai pas envie de me retrouver avec un gros problème aussi hein.* »

Pour ce qui est de trouver des moyens de financer ses soins, elle explique :

- ✓ 11.3 : « *Toutes les lois, ils les connaissent pas les docteurs de toutes façons.* »

Au contraire, certains enquêtés sont critiques envers les praticiens et remettent parfois en question les soins prescrits. Ils peuvent en effet avoir l'impression que certains actes ne sont pas nécessaires, que les soignants incitent, dans certains cas, à la dépense et/ou pratiquent des tarifs excessifs. Cela peut amener des personnes à renoncer à certains soins car elles n'en voient pas l'utilité et/ou n'ont pas compris ce qui justifie leur coût.

En s'intéressant de plus près aux raisons du renoncement, on remarque l'importance de la question du travail, d'une attitude plus générale sur la prise en compte de ses besoins de soins et également le rôle de la guidance, à la fois administrative et médicale. Le travail structure la vie des individus et intervient, à la fois, pour les raisons financières de renoncement et les raisons liées au manque de disponibilité. L'inquiétude sur le travail, qui est aussi une inquiétude économique, prend le pas sur le souci pour la santé dans de nombreux cas. Cette relégation des questions de santé est accentuée par une attitude partagée largement dans la population étudiée quant à l'importance de faire face aux difficultés sans aide extérieure. Cette attitude se traduit, au niveau de la santé, par une minimisation de ses douleurs et de ses besoins ainsi que par une faible propension à entrer dans des démarches d'aides. Enfin, ces démarches d'aides sont également réduites par des manques au niveau de la guidance. Les difficultés et retards administratifs ont parfois des conséquences directes sur la protection des individus et leurs recours aux soins. De manière plus indirecte, ces attermoissements altèrent la relation du renonçant avec le système d'aide et rendent, de moins en moins envisageables, la recherche de solutions auprès des organismes sociaux de santé. De la même façon, des expériences médicales considérées comme difficiles sont à l'origine d'une méfiance voire d'une défiance, vis-à-vis du monde médical, dans laquelle des renoncements peuvent s'enraciner.

6. Conséquence du renoncement, réactions face au renoncement et comportement intégré

6.1. Les conséquences du renoncement

Comme on l'a vu dans d'autres parties de cette monographie et comme il apparaît dans diverses études⁶⁴, les personnes ont souvent tendance à sous-déclarer leurs problèmes de santé. De la même façon, les conséquences de ces problèmes de santé et des renoncements peuvent, pour certaines personnes, être difficiles à verbaliser ou à percevoir. Encore une fois, l'idée de ne pas se plaindre, et de savoir supporter la douleur, fait partie d'une forme de culture qui rend plus complexe la formulation de plaintes. Les personnes font ainsi état de leurs souffrances ou de leurs douleurs liées à leurs renoncements, sans pour autant pouvoir nommer des conséquences précises qui en découleraient. Les personnes habituées à la douleur organisent leur vie en fonction de celle-ci, sans que cela leur semble problématique outre mesure, alors que d'autres soulignent une gêne quotidienne. Un éleveur explique par exemple qu'il ne va chez le médecin qu'à partir du moment où ses douleurs l'empêchent de dormir :

- ✓ 48.10 : « *Tant que j'arrive à dormir, je considère que la douleur est supportable donc c'est pas... Ça va passer quoi.* »

Si le renoncement à certains soins peut entraîner des douleurs quotidiennes chez certaines personnes, on peut aussi relever plusieurs cas où des renoncements ont eu des conséquences médicales graves. Pour une ouvrière agricole à la retraite (34.11), son report de soins dentaires a perturbé sa mastication et donc sa digestion, ce qui s'est conclu par une hernie hiatale. Une employée (34.7) a, quant à elle, attendu quatre jours après une fausse couche pour consulter. Elle a ensuite mis en attente une autre visite gynécologique de contrôle, ce qui l'a conduit aux urgences à cause d'une infection. Un chauffeur de bus (34.14) explique, de son côté, avoir perdu la plupart de ses dents et continuer à se réveiller parfois avec une dent nouvellement tombée qui se « *ballade* » dans la bouche.

Au-delà de ces conséquences médicales et qui ont parfois pu amener les personnes à recourir aux urgences, les enquêtés font part de conséquences morales liées au renoncement. Il peut s'agir de craintes ou d'anxiété à cause de reports ou de renoncements qui s'installent parfois dans la durée. C'est notamment le cas pour les personnes en attente de soins de contrôle, que ce soit pour surveiller des grains de beauté (66.3), faire une mammographie (34.15) ou d'autres examens (66.4). Là encore les personnes expriment une inquiétude, somme toute mesurée, ne souhaitant pas se laisser entraîner dans une angoisse nourrie par l'ignorance et le doute quant à leur état de santé. Certaines choisissent d'ailleurs de rester dans l'ignorance en philosophant, comme cet ancien ouvrier coffreur qui renonce à des examens de contrôle malgré plusieurs épisodes de fortes douleurs cardiaques :

- ✓ 48.4 : « *Je suis pas suicidaire comme je vous dis, mais bon mourir maintenant, dans 10 ans ou dans 30 ans, sincèrement je m'en fous.* »

Plus généralement, les inquiétudes dépassent la question des soins médicaux et les personnes parlent de leur souffrance psychologique face à leurs difficultés financières qui les obligent à tout calculer et à faire des choix parfois difficiles dans leurs dépenses. Lorsque les situations financières sont fragiles, le renoncement aux soins s'inscrit ainsi parmi d'autres renoncements. Enfin, la colère peut être une forme de réaction mais aussi de conséquence devant l'impossibilité pour les personnes de se soigner. C'est le cas de cet ouvrier en arrêt maladie (11.6), en attente d'une deuxième opération de la jambe.

⁶⁴ Comme dans le cas des enquêtes Santé et itinéraire professionnelles (SIP) cité dans *Rapport subjectif au travail : sens des trajets professionnels et construction de la santé*.

Son discours mêle à la fois colère, peur et regret : il lui semble, en effet, qu'il aurait pu se faire soigner avant s'il avait été mieux conseillé, alors qu'aujourd'hui il n'y a pas de garantie de réussite pour ses opérations. Ses problèmes de santé et besoins de soins non satisfaits ont entraîné des dépenses qui ont mis en péril l'équilibre financier de son ménage. Toutes ces conséquences morales pèsent sur les familles qui les subissent, notamment au niveau du couple.

D'autres personnes, rencontrées en entretien, expliquent que leurs renoncements ont des conséquences essentiellement au niveau de leur vie sociale. Elles font part de changements dans leurs habitudes, rendus nécessaires par leurs problèmes de santé non résolus. Les problèmes de dents obligent, notamment, certaines personnes à mixer les aliments et à réduire leur vie sociale (ex. : 34.9) : les personnes hésitent, par exemple, à aller manger chez des proches car elles ne peuvent pas digérer correctement. Cette vie sociale peut également être réduite du fait d'une mauvaise audition (ex. : 11.1) qui n'est pas soignée : les personnes préfèrent ne pas participer à des événements dans lesquels elles ne peuvent pas suivre les conversations. Les conséquences physiques visibles, esthétiques pourrait-on dire, du renoncement peuvent être particulièrement mal vécues par les personnes, en particulier quand il s'agit des dents. Une retraitée vivant seule (34.9) explique ainsi que son absence de dents pourrait être une source de complexe dans sa vie amoureuse, tout en relativisant :

- ✓ 34.9 : « Ça me complexe mais je suis trop fière pour le reconnaître. Si le gars il est pas content, il va se faire foutre. »

A l'inverse, une femme de 42 ans séparée (48.11) estime que cette dimension n'est pas importante pour elle, même si elle n'a aujourd'hui presque plus de dents. Cette position est accompagnée d'un discours plus général de lâcher prise sur sa santé et de lassitude pour d'autres aspects de sa vie sociale :

- ✓ 48.11 : « Les soucis c'est les soucis moraux, psychologiques quoi. C'est pas psychologique c'est, voilà quoi, c'est... On vit dans un drôle de monde et c'est pas facile. »

Le renoncement aux soins peut, même si les personnes peinent parfois à le reconnaître, renforcer des formes de lassitude, de découragement déjà prégnantes par ailleurs.

A noter que, parmi les personnes aux conséquences les plus marquées, que ce soit au niveau médical ou moral, se trouvent en majorité des personnes ayant adopté ce que l'on peut qualifier de comportement intégré de renoncement.

6.2. Les réactions face au renoncement

Si les conséquences du renoncement peuvent être de différentes natures, les réactions face aux situations de renoncement sont également diverses et ne consistent pas toujours à s'habituer à la douleur ou à la pathologie. En premier lieu, il est important de distinguer les personnes continuant de chercher une solution à leur renoncement à travers le système de soins classique, par l'intermédiaire de la MSA ou d'autres organismes sociaux notamment, de celles qui se sont tournées vers des réponses alternatives. Pour être exact, une même personne peut d'ailleurs continuer de solliciter l'aide de la MSA ou de la médecine conventionnelle pour un soin, tout en mettant parallèlement en place des solutions bricolées pendant le temps de report pour d'autres soins souvent considérés comme moins importants.

6.2.1. La planification des soins et des paiements

Comme on l'a déjà vu, les raisons financières arrivent en tête dans les causes de renoncement. Certaines personnes, qui n'abandonnent pas l'idée de se faire soigner, vont tenter d'intégrer les soins

et les dépenses afférentes dans leur budget. Pour cela, elles prévoient parfois de faire les soins dans plusieurs mois et planifient les dépenses en conséquence. Dans certains cas, même si la gestion du budget des personnes reste très serrée, les dépenses de soins sont à peu près les mêmes tous les mois du fait d'une affection chronique, ce qui permet une certaine prévision. C'est le cas pour une ancienne chef d'entreprise en invalidité qui doit renouveler régulièrement ses médicaments. Afin de ne pas y renoncer, elle fait des économies sur d'autres postes de dépenses, comme la nourriture, pour avoir l'argent pour acheter son traitement et payer sa visite chez le médecin. Même si ce n'est pas toujours possible, ce sont des dépenses fixes qu'elle peut prévoir, contrairement aux frais liés à d'autres soins. Pour exemple, elle a eu des soucis dentaires et a négocié avec son dentiste pour étaler les soins selon ses finances du moment :

- ✓ 11.4 : « *J'y suis pas allée [chez le dentiste] depuis 2 ou 3 ans mais là j'y suis allée au mois de février-mars parce que j'avais comme un début d'abcès. Donc il m'a soignée, il m'a mis des prothèses donc voilà. Donc il m'a dit l'an prochain quand on aura payé ceux-là, il m'en manque une là, donc il m'a dit on refera, voilà.* »

Cet extrait d'entretien montre que les soins, chez certaines personnes, ne sont pas mis en place en fonction des besoins mais davantage selon la solvabilité du moment, ou la trésorerie que les personnes pensent avoir dans quelques semaines ou mois. Cela est particulièrement prégnant quand les situations financières sont « sur le fil du rasoir ». Dans la même logique, une femme seule avec enfant, en reprise d'étude, explique attendre d'avoir économisé l'argent nécessaire avant d'entreprendre les soins pour elle, même si cette capitalisation peut prendre du temps et repose sur des revenus incertains, comme des aides ponctuelles de sa grand-mère :

- ✓ 11.10 : « *Même si, parce qu'ils disent oui on attend le remboursement de la mutuelle pour pouvoir vous rembourser etcetera. Et en fait euh, des fois c'est trop juste, ou ça passe pas, ou y a d'autres choses qui passent, donc du coup je préférerais attendre pour récupérer l'argent de le payer, même si il encaissait pas tout de suite, au moins j'aurai eu quelque chose de côté. (...) Et du coup j'ai attendu d'avoir l'argent, j'ai enclenché le truc et j'ai fait la couronne.* »

Dans ces deux derniers cas, comme dans d'autres, la participation des soignants est sollicitée pour obtenir de certains qu'ils acceptent, par exemple, un échelonnement des paiements. Afin de ne pas renoncer à leurs soins, certaines personnes tentent donc de « s'arranger » sur le plan financier avec les professionnels de santé. C'est surtout vrai pour les soins dentaires pour lesquels les devis sont souvent élevés : les dentistes acceptent régulièrement et assez facilement, selon les personnes interrogées, l'octroi de facilités de paiement. Plus globalement, lorsque les personnes demandent des facilités de paiement aux professionnels de santé -généraliste, pharmacien...-, ceux-ci y répondent, dans la plupart des cas, favorablement.

Cependant toutes les personnes n'osent pas faire ce type de demande, ni d'ailleurs parler de leur situation financière dans le cadre d'une consultation médicale. Certaines expliquent se sentir honteuses de devoir négocier des étalements de paiement pour financer leurs soins. Une ouvrière agricole à la retraite raconte avoir abordé la question avec son chirurgien, lui expliquant vouloir « payer le minimum ». Celui-ci a paru l'écouter mais lui a finalement demandé 200 euros de dépassements, ce que la retraitée, qui n'a pas insisté, commente par :

- ✓ 34.11 : « *On a pas les mêmes valeurs !* »

Ce type d'expériences peut, à l'avenir, amener les personnes à renoncer à d'autres soins, par peur de devoir payer des sommes qu'elles ne pourraient pas assumer.

Pour certaines personnes, les facilités de paiement ponctuelles ne sont pas une solution envisageable ou pensée comme pérenne étant donné leurs perspectives financières qui, d'après elles, ne sont pas

réjouissantes :

- ✓ 66.1 : « Ça change rien, l'argent faut le sortir. Si j'ai pas d'argent je peux pas le sortir, même en 6 mois je peux pas le sortir. Vous voyez ce que je veux dire. »

6.2.2. Les subterfuges du marché et la recherche d'alternatives moins onéreuses

Pour faire face au renoncement, la mise en concurrence, ou du moins l'établissement de plusieurs devis, chez différents dentistes ou soignants est peu utilisée. Plusieurs personnes expliquent ne pas souhaiter changer de soignants, du fait de l'habitude ou d'une relation de confiance et donc ne pas vouloir faire établir un devis par un autre professionnel que celui qu'elles consultent parfois depuis plusieurs années. D'autres estiment que la multiplication des devis prend trop de temps et n'est pas avantageuse d'un point de vue financier, dans la mesure où cela oblige à réaliser des consultations avec plusieurs professionnels de santé. Même si elles ne font pas établir plusieurs devis, des personnes font cependant des comparatifs, par exemple entre différents types d'offres de soins, parfois de façon très rigoureuse. Pour des implants, une agricultrice retraitée (34.9) a ainsi téléphoné à plusieurs dentistes, se renseignant notamment auprès d'un centre de soins dentaires dans un autre département, non limitrophe de la région. Elle s'est également informée autour d'elle, auprès de proches connaissant des professionnels, et a commencé à réfléchir à la possibilité de se faire soigner à l'étranger.

La mise en place de soins à l'étranger, pour les questions dentaires notamment, revient dans le discours de plusieurs renonçants. Certains l'envisagent tandis que d'autres ont déjà tenté l'expérience une première fois. C'est le cas d'un ancien agriculteur en invalidité, marié, qui s'est fait soigner les dents en Ukraine (34.4). En effet, sa femme est ukrainienne, il a donc profité d'un voyage là-bas pour effectuer ses soins. Un ouvrier agricole à la retraite, marocain d'origine, explique également avoir acheté ses dernières lunettes au Maroc pour un prix beaucoup plus faible (34.1). Pour les autres personnes évoquant les soins à l'étranger, le coût du voyage et le manque de confiance sont des freins à la mise en place effective de cette solution, même si elle n'est pas complètement exclue.

Le recours aux centres de soins dentaires est également évoqué par trois personnes (ex. : 48.9). Pour deux d'entre elles, il s'agit d'un centre mutualiste, mais seulement une a déjà eu l'expérience de ce système alors que l'autre ne connaît que vaguement le principe à travers les conseils de proches. Pour la troisième, la retraitée déjà évoquée précédemment (34.9), il s'agit d'un centre de soins dentaires qui propose des prix moins élevés en regroupant plusieurs dentistes.

Au niveau de l'optique, les loupes vendues en pharmacie sont le subterfuge le plus utilisé, parmi les personnes rencontrées, pour faire face au renoncement à l'achat de lunettes « traditionnelles ». Les personnes expliquent que les prix de ces produits sont très faibles et trouvent satisfaisants les résultats :

- ✓ 11.2 : « J'y vois rien de cet œil. Ça c'est des loupes, mais ça marche. Mais bon à deux euros. Elles coûtent deux euros, ça marche impeccable. (...) On augmente la [force], nan, ça c'est un 5 j'arrive à lire avec ça. »

Une retraitée explique, quant à elle, acheter ses lentilles en ligne sur des sites proposant des prix qu'elle juge très compétitifs. En plus de se fournir auprès de vendeurs *low-cost*, elle prolonge la durée d'utilisation des lentilles afin de les renouveler moins régulièrement et donc d'en limiter le coût financier :

- ✓ 34.11 : « Après j'avais pris la solution des lentilles. Parce que les lentilles ça revient cher si vous les changez tous les mois comme ils disent, mais moi comme je les change tous les trois mois, ça me revient moins cher que les lunettes. (...) Je devrais payer tous les mois 40 euros

mais moi je paye 40 euros tous les trois mois. Ça j'arrive à le gérer que je pourrais pas acheter une paire de lunettes à 1000 euros. »

Une autre personne, un agriculteur venant de prendre sa retraite, utilise quant à lui les lunettes de sa mère décédée (11.5).

C'est souvent à travers des publicités vues dans les médias, ou dans des magazines spécialisés, que les personnes ont connaissance d'offres alternatives de soins qui leur paraissent moins onéreuses. Un agriculteur à la retraite (11.1) explique acheter différents produits dont il a entendu parler dans un magazine de santé pour réduire ses douleurs liées à un problème de pied, à défaut de pouvoir se payer une consultation chez un spécialiste.

Des personnes déclarent également avoir eu recours ou envisager de faire appel aux crédits à la consommation ou aux prêts bancaires pour financer leurs soins (34.11, 11.1, 11.6, 11.8).

Ces différents exemples montrent qu'il n'est pas rare que les personnes « bricolent » par elles-mêmes des réponses à des besoins de soins pour lesquels elles n'ont pas les moyens financiers de recourir au système de santé.

6.2.3. L'automédication et l'économie de médicaments

Une partie des renonçants interrogés se tourne, par choix, vers d'autres formes de médecines pour apporter une réponse à certaines de leurs problématiques de santé. Ils estiment que les soins par les plantes ou par l'homéopathie sont plus efficaces que ceux proposés par la médecine allopathique. La plupart des renonçants plébiscitant les médecines douces continue cependant de recourir à la médecine allopathique pour des pathologies importantes. Un maraîcher, adepte des médecines douces, par exemple, explique :

- ✓ 66.4 : « *Bon, prendre des anti-inflammatoires pour des gros trucs. Quand t'as vraiment mal machin, des trucs comme ça, bon ben c'est, t'es bien obligé de passer par là. »*

Les plantes, les infusions ou les huiles essentielles sont ainsi souvent utilisées, dans un premier temps, par les personnes ; la gravité de la maladie est, dans l'esprit de beaucoup, prouvée si les symptômes ne passent pas avec le temps. Cette position est défendue par une ouvrière agricole qui l'applique également pour les soins de son fils :

- ✓ 11.9 : « *Moi je le fais pareil, je le [son fils] laisse jusqu'à ce que, quand je vois que c'est grave oui, mais après je veux que ce soit comme moi : si ça fait mal, faut penser à autre chose. Bon c'est vrai que si vous cassez une jambe, ça fait mal, ça c'est grave il faut y aller. Mais s'il me dit maman j'ai mal aux dents parce que j'ai bu de l'eau froide, je lui dis attends ça va passer. »*

Même quand ils ne préfèrent pas les médecines par les plantes, les renonçants disent, en majorité, patienter avant d'aller consulter. De plus, une part importante explique prendre des antidouleurs, type paracétamol, en cas de douleurs pour « attendre que ça passe » (ex. : 34.16). Ces questions reprennent le thème, déjà étudié dans le chapitre précédent, de la volonté des personnes à ne pas écouter leurs douleurs, voire à « se renforcer » en ne s'écoutant pas.

Dans d'autres cas, les personnes utilisent d'anciens médicaments, ou ceux de proches, pour calmer leurs douleurs et éviter un rendez-vous médical. Une travailleuse précaire raconte ainsi avoir utilisé les antidouleurs prescrits à son mari pour faire passer ses douleurs dentaires, faute de pouvoir payer une consultation chez le dentiste :

- ✓ 34.3 : « *Je mangeais celui de mon mari, ça c'est pas bien non plus. »*

De son côté, un agriculteur explique qu'il lui arrivait fréquemment de prendre d'anciens antibiotiques dès qu'il sentait une angine récurrente revenir, jusqu'à ce que sa stratégie le conduise à une hospitalisation à cause de phlegmons. De la même façon, sans qu'il s'agisse d'automédication à proprement parler, une femme explique faire des économies sur sa pilule en ne la prenant pas tout le temps. Un ouvrier déclare, quant à lui, faire des « *cocktails maison* » avec différents médicaments, anciens et nouveaux, étant sous antidouleur depuis très longtemps et n'ayant toujours pas accédé à l'opération devant résoudre, de manière plus pérenne, une partie de ses problèmes (11.6).

6.3. Le renoncement comme comportement intégré, un processus multi causal

Parmi les personnes rencontrées en entretien, 18 ont un profil qui se rapproche de ce que l'Odenore a qualifié de « comportement intégré » de renoncement. On entend par là des personnes qui présentent un éloignement de fait du système de santé malgré des besoins ressentis et de moindre réactions pour lutter contre un, ou plusieurs, renoncement(s) souvent installé(s) depuis longtemps. Dans ce contexte, les solutions « bricolées » par les personnes peuvent aussi devenir les seules envisageables pour tenter de répondre au(x) besoin(s) de soins. Le comportement intégré est un phénomène complexe qu'il est difficile de qualifier de manière formelle, sans revenir plus précisément sur le discours et les comportements des individus. C'est avant tout un processus, les personnes se plaçant à des moments différents de celui-ci. Il faut également préciser qu'une personne peut présenter un comportement intégré de renoncement à un soin alors qu'elle s'inscrit dans des démarches administratives et de soins pour un autre besoin.

En gardant à l'esprit le caractère dynamique de ce processus et afin d'en faciliter la compréhension, il est possible de « segmenter » le comportement intégré en différents types. En effet, il ne s'agit pas d'un processus linéaire qui conduirait d'un accès facilité aux soins à une mise à distance acceptée et passerait par des étapes établies et incontournables. Les entretiens montrent que différents chemins peuvent mener à une intégration du renoncement et que les comportements des renonçants peuvent prendre *in fine* différentes formes, plus ou moins intégrées. On peut ainsi pointer deux grands types de comportement intégré parmi les renonçants rencontrés.

6.3.1. Les caractéristiques du comportement intégré

Plusieurs indices permettent de « détecter » un comportement intégré chez les renonçants rencontrés. Leur explicitation permet une meilleure compréhension de ce concept. Au niveau temporel, les renoncements longs, ancrés depuis plusieurs mois ou plusieurs années, peuvent être le signe d'un comportement intégré. Par là même, il est possible de dire que les personnes présentant ce type de comportement ont tendance à réduire leurs efforts pour se soigner et à accepter leur situation, au fil du temps, alors même qu'elles pouvaient démontrer une certaine volonté d'accéder aux soins dans les premiers temps du report. Un employé de banque (34.16) raconte ainsi comment ses soins dentaires ont été freinés par différents facteurs (difficulté de prendre rendez-vous, déménagement, problèmes psychologiques). Il décrit son éloignement des soins comme s'étant opéré au fur et à mesure de la rencontre avec ces différentes difficultés, même s'il paraît aujourd'hui être arrivé à un moment de sa vie où il va pouvoir reprendre une démarche de soins. La mise à distance des soins peut ainsi se faire progressivement, au gré notamment de la multiplication d'épisodes de renoncement liés à diverses raisons. On a étudié dans les parties précédentes ces différentes raisons, et pointé tout particulièrement la question du travail et celle des accidents de vie (conjugale ou médicale). Ces ruptures constituent souvent un élément explicatif central mais ne doivent pas faire oublier que de multiples raisons s'entremêlent pour aboutir à un comportement intégré.

Pour une partie des personnes ayant un comportement intégré de renoncement, il est intéressant de

noter qu'une évolution, en positif ou en négatif, de la situation sociale n'a en outre pas entraîné de changements au niveau de la situation par rapport aux soins. Une viticultrice nouvellement installée (66.5) explique, par exemple, que son renoncement remonte à plusieurs années. Ses difficultés d'accès aux soins ont commencé alors qu'elle travaillait en Angleterre en tant que sommelière et ont continué pendant ses études d'exploitante agricole pour se poursuivre aujourd'hui. A chacune de ces périodes, des raisons temporelles ou financières étaient à la base du renoncement dentaire. Sans minimiser les difficultés et la précarité de ces différentes périodes de vie, on peut relever que cette personne a, progressivement, pris l'habitude de faire passer ses soins après d'autres priorités (professionnelles principalement). De son côté, un homme qui a vécu plusieurs années à la rue (48.9) a, aujourd'hui, un contrat d'insertion. Il n'a cependant pas changé son comportement vis-à-vis des soins, ne s'en préoccupant que très peu. Le comportement intégré peut ainsi apparaître du fait d'une succession de difficultés d'accès aux soins mais semble avoir plus de probabilité de s'installer dans le cas de personnes déjà en distance avec le système de soins, du fait de leurs biographies et expériences propres.

Parmi les personnes ayant adopté un comportement intégré, on peut relever l'importance du discours relatif au fait de se débrouiller seul. Il n'est pas rare que les renonçants souhaitent s'en sortir par eux-mêmes et qu'ils expliquent cette volonté par une dimension « culturelle », en faisant le lien avec leur situation professionnelle (dans le monde agricole) ou rurale (48.7 : « nous à la campagne »). Ils parlent également des problèmes de financement de la Sécurité Sociale et des abus qui en seraient la cause. L'approche culturelle et biographique ne doit donc pas faire oublier le rôle du contexte politique, notamment des politiques sociales, et des représentations sociales majoritaires. L'inclinaison de certains à ne pas faire de démarches auprès de l'administration est ainsi *a minima* renforcée par les discours politiques ou médiatiques sur les déséquilibres financiers du système de santé : les renonçants souhaitent ne pas être tenus pour responsables de cette situation. Le fait de renoncer à certains soins et l'intégration progressive de cette « manière de faire » sont ainsi également liés à l'idée de ne pas « sur utiliser » le système de soins, à une forme d'intégration aussi du discours moral relatif à la fraude et au « trou de la Sécu ».

Les personnes présentant un comportement intégré sont aussi celles pour lesquelles les conséquences, médicales ou morales, du renoncement paraissent être les plus importantes. A la lumière des autres caractéristiques, durée du renoncement et faible considération pour la santé, ce constat n'est pas étonnant. L'attente longue face à un besoin de soins ressenti et la rareté du suivi entraînent des complications médicales mais aussi sociales. Celles-ci ont cependant parfois pu permettre la détection et la prise en charge sanitaire de ces personnes, qui n'étaient auparavant pas ou peu consommatrices de soins et pas inscrites dans des démarches pour se faire aider. Une retraitée (34.11), ayant développé une hernie hiatale à la suite de problèmes dentaires, a ainsi pris connaissance de sa pathologie en allant voir son médecin pour des douleurs au dos. En renoncement à des soins dentaires, elle n'avait pas non plus consulté auparavant pour ses problèmes gastriques, ne les jugeant pas suffisamment importants alors que ses douleurs dorsales étaient en revanche incapacitantes. Sans cette consultation imprévue, les difficultés auraient certainement empiré. Dans le même temps, elle ne se serait pas dirigée vers la MSA pour envisager des solutions de financement pour son opération. Elle avait eu, l'année précédente, une opération du bras mais avait choisi de faire un crédit pour la financer. Ce sont les frais très importants liés à la prise en charge de la hernie qui l'ont amenée à se tourner, cette fois-ci, vers la MSA pour obtenir une aide.

A partir de cet exemple, il est important d'interroger la méthode de repérage utilisée dans le cadre de ce diagnostic des difficultés d'accès aux soins en Languedoc-Roussillon et, plus généralement, de se

questionner sur la manière de détecter, de manière pérenne, le renoncement aux soins. Ainsi, comment repérer les personnes pour lesquelles le renoncement est fortement ancré ou intégré et qui certainement ne se déplacent plus à la MSA et surtout ne pensent pas que leur situation, en matière d'accès aux soins, peut encore évoluer ? Certaines échappent au repérage car elles ont tellement intégré l'idée d'une distance entre elles et le système de santé qu'elles ne se déplacent plus à la MSA ou dans un autre organisme social potentiellement « détecteur ». En effet, une partie des personnes qui a répondu aux questionnaires et *a fortiori* celles qui ont accepté un entretien estimaient que cette participation pouvait avoir une influence, directe ou indirecte, sur leur situation de renoncement.

6.3.2. Une typologie du comportement intégré

Deux types de comportement intégré de renonçants peuvent être définis. Certes, isoler ces formes spécifiques aide à la compréhension mais il ne faut pas perdre de vue l'aspect dynamique et la nature processuelle de ce comportement. A l'intérieur de chacun de ces types, des distinctions sont également décelables.

En premier lieu, on peut distinguer les personnes qui sont en renoncement long sur certains besoins de soins mais qui s'efforcent, malgré tout, de chercher un soutien ou des solutions pour résoudre leurs problèmes de santé ou pour, du moins, réduire les effets de leurs pathologies. Dans certains cas, qu'on peut classer comme un sous-groupe (34.2, 48.7, 48.11, 66.3, 66.5), les renonçants continuent de solliciter le système de soins classique, mais de manière ponctuelle. Faute de connaissances suffisantes, ou compte tenu de certaines de leurs réticences pour demander à être aidés, ils ne réussissent cependant pas à intégrer un parcours de soins qui leur corresponde ou à bénéficier de dispositifs qui leur permettraient de « contrer » leur renoncement. Parfois, cette volonté de se soigner, et d'obtenir des solutions, se concrétise davantage dans le domaine du discours que dans la pratique. On trouve ainsi des personnes lassées d'essayer, sans résultats, de mettre un terme à leur renoncement, mais qui disent vouloir continuer à trouver la motivation et les solutions pour accéder aux soins.

Il y a également, dans ce sous-groupe, un « renonçant repent », un agriculteur retraité qui a été en renoncement toute sa vie et qui en subit les conséquences aujourd'hui à cause notamment d'une polyarthrite mal soignée. Il exprime aujourd'hui sa volonté de modifier ce comportement. Toutefois, il ne sait pas comment mettre en place ce changement :

- ✓ 48.7 : « *On a jamais essayé de quêter un peu partout, y a des gens qui demandent partout mais nous c'est pas le cas. Mais peut-être il faudrait. (...) Mais bon, c'est où aussi ?* ».

Dans l'autre sous-groupe (34.4, 34.9, 66.4), les personnes continuent de chercher à se soigner mais en dehors du système de soins classique qui n'a, d'après elles, pas répondu à leurs attentes, les a déçues ou auquel elles ne croient plus. Elles utilisent des subterfuges du marché et mettent en place des stratégies personnelles, comme on l'a abordé dans la précédente partie.

La deuxième forme que peut prendre le comportement intégré de renoncement renvoie aux personnes qui considèrent leurs besoins de soins comme secondaires, même dans des cas relativement graves, et qui ne s'inscrivent plus dans aucune démarche globale ou spécifique d'accès aux soins (11.9, 34.3, 34.11, 34.14, 34.16, 48.4, 48.9, 11.2, 11.5, 48.10). C'est dans ce groupe que se trouvent les renoncements aux conséquences les plus importantes, ainsi que les personnes ou les ménages les plus isolés (des personnes seules, des ménages étrangers ou/et isolés géographiquement ou/et socialement). Pour ces renonçants, les causes de fragilités se cumulent bien souvent - précarité financière, morale ou sociale... - et le besoin de guidance, à la fois administrative et médicale, est flagrant, même si les profils sont variés. Sur ce point, on remarque parmi ce type de renonçants un sous-groupe dont la

guidance est assumée en large partie par un proche (11.2, 11.5, 48.10). Cette guidance paraît toutefois insuffisante pour permettre aux personnes d'accéder aux soins qui leur font défaut. Ces enquêtes démontrent un comportement intégré qui s'est installé depuis de longues années, et c'est à travers les efforts d'un conjoint ou d'un père que la rupture avec le système de soins n'est pas entièrement consommée.

Au-delà de la classification, cet essai de typologie donne à voir les éléments saillants dans la mise en place du renoncement, et plus précisément dans la construction de comportements intégrés en la matière. Les ruptures de vie, l'isolement social et les fragilités diverses se conjuguent aux difficultés de trouver une guidance adéquate. Cette question de la guidance apparaît ainsi d'autant plus primordiale pour les renonçants dont le lien avec le système de soins est ténu et qui ne peuvent pas toujours trouver autour d'eux des personnes-ressources pour les aider à formuler leurs besoins en matière de santé ou leurs demandes d'aide.

Les conséquences du renoncement sont variées, tout comme les réactions mises en place pour y mettre fin. Certaines personnes cherchent du côté des médecines alternatives ou des subterfuges du marché, comme les loupes, pour se soigner faute d'avoir trouvé des solutions dans le système de soins classique. D'autres tentent de s'inscrire dans une démarche de soins en faisant appel à des crédits ou aux facilités de paiement de la part des professionnels de santé. De leur côté, les renonçants ayant adopté un comportement intégré démontrent une plus faible réactivité alors que les conséquences du renoncement sont généralement plus importantes. A force de barrières administratives ou financières et avec une habitude souvent ancrée de faible préoccupation pour sa santé, ces personnes s'éloignent de plus en plus de la satisfaction de leurs besoins de soins. Les renoncements peuvent prendre, dans ces cas, une dimension inquiétante et c'est parfois la seule guidance d'un proche qui permet à la personne de ne pas complètement abandonner le soin.

Conclusion

L'enquête spécifique de la MSA a permis de mettre à jour de grandes tendances sur la question du renoncement aux soins. Il est apparu que, bien que toutes les franges de la population « agricole » soient représentées, certaines catégories semblent davantage touchées par ce phénomène, au premier rang desquelles les travailleurs précaires et les personnes en maladie ou en invalidité. Au-delà de la surreprésentation de certaines catégories, ce sont certaines spécificités dans la mise en place du renoncement qui ont été mises à jour. Des éléments viennent ainsi attiser l'apparition des phénomènes de renoncement, à la fois, en réduisant les capacités des individus à rechercher et trouver de l'aide, mais aussi en compliquant leurs situations financières et morales. Dans le cas de la population agricole, ces éléments sont à la fois sociaux, professionnels et biographiques. Sur le plan social et professionnel, l'isolement géographique et social, la maladie ou l'invalidité, la précarité de l'emploi et des revenus sont autant de conditions sociales qui fragilisent le rapport des individus au système de soins et ont tendance à faire passer les questions de santé au second plan. Sur le plan biographique, l'habitude de se « débrouiller seul » posée en valeur sociale, la faible préoccupation pour la santé issue d'une éducation familiale/professionnelle et/ou inscrite dans une culture agricole, ou encore un vécu d'expériences médicales douloureuses sont des éléments pouvant également favoriser les comportements de renoncement.

Au sujet des raisons du renoncement, cette enquête confirme la prévalence des questions financières. D'autres raisons existent cependant et peuvent fonctionner en tant que raison primaire, comme pour l'absence de complémentaire santé, ou bien en tant que raison secondaire, comme c'est souvent le cas du manque de disponibilité pour se soigner. A travers les récits des renonçants, les explications de ces différentes raisons et leur articulation ont pu être mises à jour. C'est, en premier lieu, le thème du travail qui organise les raisons de renoncement pour une partie importante de la population agricole renonçante rencontrée. Le travail doit être sauvegardé aux dépens parfois de la santé et la médecine est régulièrement appréhendée uniquement d'un point de vue utilitariste, comme permettant la reprise de l'activité. Quand l'emploi occupé ne permet pas de bénéficier de revenus nécessaires pour se soigner, l'attitude souvent adoptée est la recherche de solutions par le travail, en augmentant l'investissement dans l'activité ou sa recherche d'emploi.

Les personnes en renoncement rencontrées au travers de ce diagnostic affichent aussi une volonté forte de s'en sortir par elles-mêmes, en dehors du système d'aide donc, et une tendance à relativiser leurs problèmes de santé et à accepter les douleurs ou inconforts qui en découlent. Cette attitude, défendue parfois comme une position presque morale, réduit les velléités de demandes d'aide et donc les possibilités de sortie du renoncement.

Enfin, un autre volet important pour comprendre le renoncement aux soins dans le milieu agricole est la question de la guidance, à la fois administrative et médicale. Les difficultés, pour certaines personnes, à demander de l'aide se conjuguent à une méconnaissance du système de protection sociale et de santé, mais aussi à la complexité de certaines démarches. Le rôle essentiel des agents d'accueil et du personnel de la MSA en contact direct avec les personnes a été régulièrement mis en avant par les renonçants, comme une ressource leur permettant de se diriger dans leurs démarches et de se repérer dans la constitution de leur dossier, notamment lorsque les demandes de pièces justificatives leur paraissent incompréhensibles. Sur le plan médical, le médecin traitant est un interlocuteur reconnu dont l'écoute est recherchée et qui peut ainsi jouer un rôle de premier ordre dans la guidance vers la satisfaction des besoins de soins, même si ce rôle ne lui est pas toujours accordé par les individus. En effet, les

soignants apparaissent avant tout comme des professionnels de la santé dont les prérogatives ne comprennent pas l'accompagnement vers l'accès aux soins. Une part importante des renonçants explique cependant demander à certains soignants, aux dentistes principalement, des facilités de paiement. Ainsi, devant les différentes difficultés d'accès aux soins, les personnes ne restent pas inactives et tentent pour la plupart de trouver des solutions, qu'ils s'agissent de faire des prêts à la consommation pour financer leurs soins ou de se tourner vers des alternatives moins chères, comme les loupes en remplacement de lunettes de vue.

L'enquête qualitative éclaire également d'une autre lumière les résultats obtenus par l'approche quantitative par questionnaire. Le constat de départ, en référence aux données statistiques disponibles, faisait état d'indices montrant une plus faible prégnance du phénomène de renoncement aux soins parmi la population agricole. Les personnes « sans soin » du point de vue statistique sont ainsi moins nombreuses que pour le régime général⁶⁵ et, au niveau du questionnaire, le taux de renonçants est également plus faible à la MSA qu'à la CPAM. Des mécanismes discutés dans cette monographie peuvent permettre d'interroger ces résultats en posant la question de la détection. La minimisation des besoins de soins ou l'acceptation de sa situation de renoncement par certaines personnes rendent, par exemple, plus aléatoire leur captation par l'enquête étant donné leur faible fréquentation de la MSA et des organismes sociaux.

Que des personnes échappent au regard scientifique pose une question méthodologique, mais la difficulté d'accéder à certains renonçants interroge également les pratiques des organismes sociaux. C'est bien la volonté de départ de cette étude sur le renoncement aux soins que de réussir à comprendre la distance installée entre cette population et les organismes sociaux de santé, afin de réfléchir aux moyens possibles pour lutter contre le phénomène de renoncement. Au sein des comités d'analyse mis en place durant la période d'enquête, les différentes composantes de la MSA (service social, service santé et service d'accueil notamment) ont pu échanger ensemble sur certaines situations pour réfléchir à des solutions, en prenant conscience que certains outils étaient d'ores et déjà disponibles mais que les dispositifs ou les connaissances pour les mettre en œuvre manquaient parfois. Le phénomène de renoncement, notamment en ce qui concerne les comportements intégrés, renvoie ainsi en partie à l'interrogation du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2005 « *Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ?* ». Le lien est en effet souvent à restaurer, voire à construire, entre certains renonçants et le système de santé afin que les organismes sociaux, comme la MSA, apparaissent comme des interlocuteurs légitimes et pertinents pour les questions d'accès aux soins, aux yeux des personnes qui ont abandonné l'idée de se soigner ou de trouver des solutions à leurs besoins de soins non satisfaits.

⁶⁵ Comme on l'a montré dans la 1^{ère} partie "Contextualisation".

Annexes

Annexe 1 Questionnaire utilisé pour le repérage

REPÉRAGE DE SITUATIONS DE RENONCEMENT AUX SOINS

- RÉSERVÉ ORGANISME -

1. Votre département : Aude Hérault Lozère Pyrénées-Orientales

2. Votre fonction :

- | CPAM | Service médical | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Agent accueil | <input type="radio"/> Agent administratif | <input type="radio"/> Agent CARSAT | <input type="radio"/> Agent CHRU | <input type="radio"/> Agent UDAF |
| <input type="radio"/> Agent ASS | <input type="radio"/> Médecin conseil | <input type="radio"/> Agent CCAS | <input type="radio"/> Agent MSA | <input type="radio"/> Médecins du monde |
| <input type="radio"/> Agent CES | | <input type="radio"/> Agent CCSS | <input type="radio"/> Agent RSI | |
| <input type="radio"/> Agent Prado | | | | |

70

- QUESTIONS CONCERNANT L'ASSURÉ -

3. Régime Général MSA RSI Autre

4. Code postal :

5. Sexe Masculin Féminin

6. Âge Moins de 18 ans 18-24 ans 25-39 ans 40-59 ans Plus de 60 ans

7. Situation familiale

- Seul(e) Seul(e) avec enfants à charge
 En couple sans enfant à charge En couple avec enfants à charge
 Autre (exemple : personne âgée chez ses enfants)

8. Catégorie socio-professionnelle

- Agriculteurs exploitants Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions intermédiaires
 Employés Ouvriers
 Retraités Sans activité professionnelle

9. Avez-vous une complémentaire santé ?

- Oui la CMUC Oui une autre complémentaire santé avec ACS
 Oui une autre complémentaire santé Oui l'AME
 Non Ne sais pas

10. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, pourquoi ? (3 réponses maximum)

- Cela ne servirait à rien, je ne suis jamais malade J'ai d'autres priorités financières
 Je n'en ai pas les moyens Je ne sais pas où j'en suis dans ma couverture maladie
 Je manque d'informations Je bénéficiais d'une complémentaire d'entreprise mais ce n'est plus le cas aujourd'hui
 Par négligence En cours
 J'ai un 100%

- De toute façon je serai mal remboursé Je ne sais pas à quoi ça sert
 Les démarches sont trop compliquées Autre, à préciser :

11. Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui Non Ne sais pas

12. À quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ?

- Au cours des 6 derniers mois Entre 6 mois et 1 an
 Entre 1 an et 2 ans Depuis plus de 2 ans
 Ne sais pas

13. Comment percevez-vous votre état de santé général ?

- Très bon Bon
 Moyen Mauvais
 Très mauvais

14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?

- Oui Non

Si non, passez directement à la question 21

15. Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle ?

- Moins de 6 mois Entre 6 mois et 1 an
 Entre 1 an et 2 ans Entre 2 ans et 5 ans
 Plus de 5 ans

16. Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement ?

- Oui Non Ne sais pas

17. En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin ?

- Oui Non Ne sais pas

18. Le(s) renoncement(s) porte(nt) sur quel(s) type(s) de soin(s) (7 réponses maximum)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Actes chirurgicaux | <input type="radio"/> Soins orthodontiques |
| <input type="radio"/> Consultations chez un médecin généraliste | <input type="radio"/> Kinésithérapie |
| <input type="radio"/> Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques | <input type="radio"/> Appareillages auditifs |
| <input type="radio"/> Consultations chez un dermatologue | <input type="radio"/> Analyses ou examens médicaux |
| <input type="radio"/> Consultations chez un psychiatre | <input type="radio"/> Achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="radio"/> Consultations chez un ophtalmologiste | <input type="radio"/> Achats de médicaments |
| <input type="radio"/> Consultations chez un cardiologue | <input type="radio"/> Repos prescrit (arrêt maladie) |
| <input type="radio"/> Consultations chez un autre spécialiste : | <input type="radio"/> Soins en orthophonie |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires conservateurs (caries, détartrages, infections...) | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires prothétiques (implants, couronnes, bridges...) | |

19. Raisons du renoncement ? (5 réponses maximum)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Reste à charge trop élevé | <input type="radio"/> Délais de RV trop longs |
| <input type="radio"/> Éloignement géographique | <input type="radio"/> Avance de frais |
| <input type="radio"/> Soin(s) peu ou pas urgent(s) | <input type="radio"/> Impossibilité physique de se déplacer |
| <input type="radio"/> Craintes liées au travail (pression, peur de devoir s'arrêter..) | <input type="radio"/> Négligence |
| <input type="radio"/> Refus de soins d'un praticien (discrimination ou saturation) | <input type="radio"/> Peur des médecins |
| <input type="radio"/> Coût du transport élevé | <input type="radio"/> Peur du diagnostic |
| <input type="radio"/> Problème de disponibilité (je n'ai pas le temps) | <input type="radio"/> Je ne sais pas combien on va me demander de payer pour ces soins |
| <input type="radio"/> Non connaissance de praticiens | <input type="radio"/> Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement) |
| <input type="radio"/> Perte de revenu due à un arrêt de travail | <input type="radio"/> Manque d'information sur le système de santé |
| <input type="radio"/> Absence de moyens de transport | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Lassitude | |

20. Avez-vous le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) des conséquences : (3 réponses maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Sur votre état de santé | <input type="radio"/> Sur votre maintien à domicile |
| <input type="radio"/> Sur votre vie professionnelle | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Sur votre vie sociale | <input type="radio"/> Aucune conséquence |
| <input type="radio"/> Sur votre vie familiale | |

- QUESTIONS CONCERNANT L'ENTOURAGE FAMILIAL -

21. Un membre de votre entourage familial a-t-il renoncé ou reporté des soins ? Oui Non

- 22. Si oui, qui est-ce ? (2 réponses maximum)**
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Votre conjoint | <input type="radio"/> Votre/vos enfants |
| <input type="radio"/> Une autre personne, précisez : | |

23. Le(s) renoncement(s) porte(nt) sur quel(s) type(s) de soin(s) (7 réponses maximum)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Actes chirurgicaux | <input type="radio"/> Soins orthodontiques |
| <input type="radio"/> Consultations chez un médecin généraliste | <input type="radio"/> Kinésithérapie |
| <input type="radio"/> Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques | <input type="radio"/> Appareillages auditifs |
| <input type="radio"/> Consultations chez un dermatologue | <input type="radio"/> Analyses ou examens médicaux |
| <input type="radio"/> Consultations chez un psychiatre | <input type="radio"/> Achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="radio"/> Consultations chez un ophtalmologiste | <input type="radio"/> Achats de médicaments |
| <input type="radio"/> Consultations chez un cardiologue | <input type="radio"/> Repos prescrit (arrêt maladie) |
| <input type="radio"/> Consultations chez un autre spécialiste : | <input type="radio"/> Soins en orthophonie |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires conservateurs (caries, détartrages, infections...) | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Soins et actes dentaires prothétiques (implants, couronnes, bridges...) | |

24. Accord pour un entretien avec une personne chargée de l'étude ? (uniquement si la personne elle-même est en renoncement)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| <input type="checkbox"/> À la CPAM | <input type="checkbox"/> À votre domicile |

Numéro d'ordre fourni par l'outil en ligne (à remplir lors de la saisie en ligne) :

**CONSENTEMENT POUR PARTICIPER A UN ENTRETIEN
DANS LE CADRE DE L'ETUDE SUR L'ACCES AUX SOINS**

72

Madame, Monsieur,

L'Assurance Maladie et ses partenaires souhaitent faciliter l'accès aux soins de tous.

A la suite de l'échange que vous venez d'avoir, êtes-vous d'accord pour avoir un entretien approfondi, d'une durée de 45 minutes environ, avec une personne chargée de l'étude, si notre travail le nécessite ?

Cette personne pourra éventuellement vous contacter par téléphone pour fixer un entretien avec vous. L'entretien pourra se dérouler dans nos locaux ou à votre domicile, selon votre choix (ou encore par téléphone à titre exceptionnel).

Nous nous engageons à garantir l'anonymat et la confidentialité de cet entretien. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

La réponse est facultative, une non-réponse n'aura aucune conséquence sur le traitement de votre dossier.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)
accepte librement et volontairement de participer à l'étude sur l'accès aux soins et d'être éventuellement contacté par téléphone pour un entretien en face à face ou par téléphone avec un chargé de recherche.

Mon numéro de téléphone :

Fait à, le

Signature de la personne

Les informations recueillies (nom, prénom et numéro de téléphone) seront conservées pour une durée de 24 mois. Elles ne feront l'objet d'aucun traitement informatique ni d'aucun rapprochement avec les réponses que vous aurez pu fournir au cours de l'entretien. Elles sont destinées à pouvoir vous contacter pour vous proposer de répondre à quelques questions sur les difficultés d'accès aux soins. Le destinataire des données est l'Assurance maladie régime général, régime agricole et régime des indépendants.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Secrétariat direction de la CPAM du Gard.

TSVP

- QUESTIONS POUR LE DÉTECTEUR -

(Cette page n'est à compléter que si la personne elle-même est en renoncement)

25. Pendant ou après l'entretien, qu'avez-vous fait ? (3 réponses maximum)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Transmission d'informations générale sur l'accès aux droits ou aux soins | <input type="radio"/> Orientation vers un service ou un professionnel de santé |
| <input type="radio"/> Instruction d'une demande CMUC ou ACS | <input type="radio"/> Proposition de participation à une action collective (par exemple :
réunion d'information) |
| <input type="radio"/> Prise de rendez-vous pour un bilan de santé au CES | <input type="radio"/> Rien car je n'avais pas de solution immédiate |
| <input type="radio"/> Orientation vers le service social ou prise de rendez-vous | <input type="radio"/> Rien car je n'avais pas le temps |
| <input type="radio"/> Instruction d'un dossier de secours | <input type="radio"/> Autre : |
| <input type="radio"/> Actions concernant les droits maladie de base | |
| <input type="radio"/> Instruction d'une demande à un autre organisme (par exemple MDPH) | |

26. Motif de la venue

27. Questions ou commentaires pour le Comité d'Analyse

AVANT-PROPOS

Cette grille comporte 7 thèmes et présente des consignes précises pour les aborder. Ces thèmes et consignes constituent la structure de l'entretien et cadrent son déroulement. L'organisation des thèmes suit une certaine logique concernant la compréhension du renoncement (description, explications, conséquences...).

Il est envisageable que les thèmes soient abordés dans un ordre différent ; dans tous les cas cependant, l'ensemble des thèmes doit être abordé au cours de l'entretien afin de recueillir les informations nécessaires pour réaliser les analyses et saisir en particulier certaines dimensions du renoncement (comportement « intégré », besoin de guidance...).

Dans cette perspective, il est parallèlement important que les enquêteurs respectent le plus possible les consignes relatives à chaque thème.

L'entretien commence nécessairement par « Entrée en matière » puis par « Description du renoncement ».

ENTREE EN MATIERE

Présentation de l'enquêteur et rappel de l'objet de l'entretien.

Avoir à disposition la Lettre d'information et de consentement que la personne à signer.

Remercier la personne. Souligner que les questions sont simples.

Rappeler que la personne est libre de répondre comme elle l'entend.

Préciser que l'entretien est enregistré afin de ne pas déformer les propos des personnes.

Demander l'accord et préciser que l'entretien restera anonyme et confidentiel (pas de transmission à un tiers).

Consigne générale : prendre appui sur le questionnaire de repérage tout au long de l'entretien.

Thème 1 - DESCRIPTION DU RENONCEMENT

Commencer par poser cette question : Si je comprends bien, vous avez indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Pouvez-vous me rappeler à quel(s) type(s) de soins vous avez renoncé ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

- 1) Chercher à obtenir des précisions sur le type de soins, sur la durée du renoncement mais également sur le rapport, en général, de la personne à ses besoins de soins :
 - a) Faire préciser la nature exacte des soins (en reprenant les réponses à Q17 et Q18 du questionnaire de repérage)
 - b) Demander si certains de ces soins en suivaient d'autres (cas d'interruption d'un protocole de soins ou d'une prise en charge) ; si ces soins répondent à des besoins chroniques : le cas échéant préciser la/les maladie(s) et redemander si la personne est prise en charge par l'Assurance maladie au titre d'une Affection longue durée (ALD) et depuis combien de temps.
 - c) Demander des précisions sur la durée approximative du renoncement et essayer de savoir si le renoncement dure depuis plus longtemps pour certains soins.
 - d) Demander si la situation de renoncement est exceptionnelle ou pas : dans l'un ou l'autre cas, demander pourquoi ?
 - e) Essayer de savoir jusqu'où/quand la personne renoncera (douleur, conséquences sur la santé, aggravation des symptômes, gêne dans la vie quotidienne ou/et dans la vie professionnelle, limitation des relations sociales,...)
- 2) Chercher à savoir quand « soins et actes dentaires » coché à Q17, et *a fortiori* si « reste à charge trop élevé » à Q18, si la personne a déjà fait faire un (ou plusieurs) devis pour ces besoins de soins dentaires, si elle connaît le montant des restes à charge et l'existence de prestations de secours pour financer tout ou partie de frais de soins dentaires.

Thème 2 – EXPLICATION DU RENONCEMENT

Commencer par cette phrase : Vous avez dit renoncer à vous soigner à cause de [...]. Reprendre la/les raison(s) coché(e)s sur le questionnaire de repérage: Q19 Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

- 1) Chercher l'explication du/des raisons coché(e)s (ex : si « reste à charge trop élevé », questionner sur les charges, ressources, reste pour vivre de la personne ; et partant de là sur ses possibilités/choix en termes de dépenses de santé – ex : si « choix personnel de ne pas se faire soigner », questionner sur causes : principes personnels, leurs origines ; méfiance dans la médecine, ses raisons ; représentation des soins raisonnables, leurs explications [identité, civisme, résistance]).
- 2) Pour les explications relatives aux restes à charge, chercher à savoir si la personne connaît « précisément » les RAC correspondant aux soins auxquels elle renonce ou si elle anticipe la possibilité d'être exposée à des RAC parce qu'elle ne sait pas à quoi lui donne droit sa couverture maladie.
- 3) Quelle(s) que soit(ent) la (les) raisons coché(e)s, chercher à ce que la personne situe ses explications au regard de :
 - a) ses conditions de vie,
 - b) son environnement social,
 - c) sa situation familiale,
 - d) ses fragilités diverses (qui par définition produisent « la vulnérabilité »),
 - e) ses représentations (qui peuvent se traduire en craintes, censures, replis...).
- 4) Sur tous ces plans cherchez des éléments biographiques, notamment en termes de « ruptures », de « bifurcations » ou de « chutes » (professionnelles, résidentielles, familiales, ...) qui pourraient contribuer à comprendre le renoncement et le rapport à l'offre de soins.
- 5) De manière générale chercher à comprendre si la personne situe ses explications plutôt du côté d'un renoncement « barrière » (le système de soins paraît inaccessible) ou d'un renoncement « par choix » ou « négligence ». Dans le cas d'un renoncement plutôt de type « barrière », demandez si la personne a le sentiment que le système de soins est accessible (ou plus accessible pour d'autres). Si oui, pour qui et pourquoi ?

Thème 3 – CONSÉQUENCES DU RENONCEMENT

Commencer par cette question : Ce renoncement a-t-il des conséquences pour vous et vos proches ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

- 1) Examiner les conséquences du renoncement sur :
 - a) la santé,
 - b) les rôles et relations au sein de la famille,
 - c) les relations sociales,
 - d) le travail et la vie professionnelle,
 - e) le mode de vie et de consommation,
 - f) les loisirs,
 - g) des implications sociales diverses (associatives, syndicales...) ...
- 2) Chercher en particulier à savoir dans quelle mesure le renoncement pourrait, selon la personne, avoir des conséquences sur son état de santé ; la personne a-t-elle le sentiment que le renoncement pourrait amener une dégradation de l'état de santé, une aggravation de certains symptômes ? A-t-elle déjà évoqué cela avec quelqu'un de son entourage ? Un professionnel de santé l'a-t-il déjà alertée sur de potentielles conséquences médicales ? Lui a-t-on parlé de l'éventuelle gravité de ces conséquences ? Si oui, qui a abordé ce sujet et à quel moment ? Cela l'inquiète-t-elle ?
- 3) Approfondir aussi le retentissement potentiel du renoncement sur la vie professionnelle de la

personne, en particulier sur l'accès à un emploi et le maintien dans l'emploi.

4) Rechercher les éventuels effets psychologiques des conséquences du renoncement, en termes de :

- a) perte d'estime de soi,
- b) manque de confiance en soi, en ses capacités,
- c) anxiété/dépression,
- d) peurs, inquiétudes,
- e) moindre projection dans l'avenir.

5) Poser les questions suivantes :

- a) Certains disent que lorsque l'on ne peut pas se faire soigner on devient, d'une certaine manière, « vulnérable » ou « plus fragile » : quand pensez-vous ?
- b) Vous-même pensez-vous être « vulnérable » ou d'une certaine manière « précaire » ? Quelle que soit la réponse : demander pourquoi.

Thème 4 – REACTION(S)/ACTIONS(S) FACE AU RENONCEMENT

Commencer par poser cette question : Avez-vous fait quelque chose pour sortir du renoncement ou pour éviter que cette situation ne se reproduise ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Si oui, demander :

- a) quelles réactions/actions, à quel moment ?
- b) les raisons de ces actions ; essayer en particulier de savoir si la personne a agi par crainte des éventuelles conséquences médicales, familiales, sociales ou/et professionnelles évoquées précédemment.
- c) la nature des actions : la personne a-t-elle cherché/trouvé des soutiens ? Si oui, de qui (services sociaux, administrations, services de santé, famille, amis...), de quelle nature (administratif, financier, moral, pratique,...), avec quel coût pour la personne ? Ces soutiens sont-ils ponctuels ou pérennes ?
- d) le résultat en termes de recours aux soins.

2) Si oui ou non, mais renoncement pour raison financière (Q18), demander si la personne :

- a) sollicite des aides financières pour se soigner : si oui, auprès de qui (services sociaux, CPAM, mutuelles, organismes complémentaires, proches, ...), à quelle fréquence, pour quel(s) soin(s), avec quel(s) résultat(s) (demande acceptée/refusée, obtention d'une aide financière) et quelle(s) conséquence(s) en matière de recours aux soins (réalisation partielle/totale des soins), ... ?
- b) emprunte de l'argent pour se faire soigner : à qui, régulièrement ?
- c) demande des facilités de paiement aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens...), le tiers payant (notamment intégral),
- d) négocient les tarifs avec les professionnels de santé notamment lorsque ceux-ci pratiquent des dépassements d'honoraires,
- e) rappelle aux professionnels de santé leurs obligations quand ils ne les respectent pas (par exemple, si la personne bénéficie de la CMU C et que le professionnel lui demande quand même de faire l'avance de frais ou lui demande des dépassements),
- f) essaie de modifier sa protection maladie (en particulier complémentaire) pour être mieux remboursée,
- g) si non à a), b), c), d) : pourquoi ?

3) Chercher à savoir si la personne estime être sortie ou pouvoir sortir durablement (sinon définitivement) de cette situation de renoncement : pour quelles raisons ?

4) Si aucune réaction/action, chercher à comprendre :

- a) pourquoi,

- b) si le renoncement paraît insurmontable à la personne,
- c) si la personne se sent encore légitime à demander des soins,
- d) ce qui pourrait débloquer cette situation.

5) Chercher à savoir si la personne a déjà parlé de cette situation de renoncement à quelqu'un. Si oui, à qui (professionnel de santé, agents administratifs, travailleurs sociaux, famille, amis,...) et si ces personnes pourraient l'aider à accéder aux soins. Comment ?

6) Interroger plus spécifiquement la personne sur le rôle que devraient/pourraient jouer les organismes sociaux (CPAM, mutuelles, organismes complémentaires,...), les services et les professionnels de santé dans la limitation ou la prévention du renoncement : ces institutions et professionnels devraient/pourraient-ils faire quelque chose ? Aider les personnes en renoncement à en parler ? Mieux les informer ? Davantage les guider ou les accompagner dans l'accès aux droits maladie et aux soins ?...

Thème 5 – RELATION AU MEDECIN TRAITANT

Commencer par cette phrase : Nous allons maintenant parler de vos relations avec votre médecin traitant (MT). Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Si la personne n'a pas de MT (Q 14) : chercher à comprendre pourquoi : est-ce que la personne sait ce qu'est un médecin traitant ? Est-elle informée sur le « dispositif » du MT ? Sait-elle comment le déclarer ? En a-t-elle déjà eu un ?

2) Lorsque la personne a un MT : chercher à caractériser la relation que la personne entretient avec ce médecin (est-ce son médecin de longue date ? parle-t-elle de « médecin de famille » ? le MT a-t-il connaissance de tous les problèmes de santé que la personne a déjà rencontrés ? l'a-t-il pris (ou la prend-il) en charge pour une maladie grave/chronique ?...).

3) Demander à la personne de parler de ses relations avec son MT pour savoir si elle a ou non la possibilité :

- a) de faire part au MT de tous ses soucis de santé et besoins de soins,
- b) d'être écoutée par son MT sur d'autres plans, pour d'autres difficultés : si oui, lesquelles ?,
- c) d'être encouragée dans son parcours de soins et dans l'observance de ses traitements (surtout si maladie chronique/grave),
- d) d'être orientée et guidée dans son parcours de soins,
- e) d'être informée sur les prescriptions faites et sur les conditions de leur prise en charge financière,
- f) d'être informée sur les conséquences éventuelles de la « non observance » des prescription (soins spécialisés, analyses, traitements médicamenteux...).

4) Demander s'il arrive à la personne :

- a) de ne pas honorer des rendez-vous : pourquoi, que dit le MT ?,
- b) de ne pas suivre les prescriptions médicales : pourquoi, que dit le MT ?,
- c) de souhaiter que son MT soit plus directif : dans quel cas, pourquoi ?
- d) de souhaiter que son MT l'informe davantage sur les prescriptions faites, sur le parcours de soins et ses étapes, sur les conditions de prise en charge financière des soins...
- e) de considérer que son MT lui propose trop de soins (« induction de la demande ») : la personne a-t-elle des exemples précis, comment réagit-elle dans ce cas ?
- f) d'écouter davantage ses proches, des messages à la TV ou à la radio, ..., que son MT pour décider de se soigner ou pas : si oui, dans quel cas et pourquoi ?

Thème 6 - BESOINS DE SOINS, RAPPORT AUX SOIGNANTS ET A LA SANTE

Commencer par poser la question suivante : De manière générale, comment réagissez-vous quand vous avez besoin de soins ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

- 1) Chercher à obtenir des informations pour comprendre le rapport général de la personne à ses besoins de soins :**
- a) Chercher à savoir comment la personne réagit lorsqu'elle ressent un besoin de soins. A-t-elle d'emblée l'impression que personne ne pourra y répondre ? Cherche-t-elle à contacter un service ou un professionnel de santé ? Demande-t-elle conseil à son entourage ?,...
 - b) Demander si la personne a globalement le sentiment que ses besoins de soins peuvent être pris en charge par les services et professionnels de santé ; si non, chercher à comprendre pourquoi.
 - c) Demander si la personne pense que les soins auxquels elle renonce pourraient prochainement être pris en charge. Si oui, essayer de comprendre ce qui pourrait changer et enclencher le recours.
 - d) Demander s'il y a des soins auxquels la personne ne renonce pas : si oui, lesquels, pourquoi ? Essayer de comprendre ce qui amène la personne à demander ces soins. Est-ce parce que la personne connaît bien le professionnel de santé qui les dispense ? Parce que la personne a confiance en ce professionnel ? Parce que pour ces soins elle sait précisément où s'adresser ? Parce qu'elle sait que pour ces soins elle n'aura pas de reste à charge ? Parce que ces soins lui paraissent être plus urgents ?, ...
 - e) Demander si la personne a l'impression d'avoir toujours été (plus ou moins) en situation de renoncement aux soins,
 - f) En fonction des réponses au questionnaire de repérage concernant le renoncement d'autres membres de la famille, essayer d'avoir des précisions sur la situation par rapport aux soins au sein de la famille.
- 2) Chercher à caractériser les représentations et comportements de la personne par rapport :**
- a) aux professionnels de santé/soignants/à la médecine en général : quel niveau de confiance ? comment la personne l'explique ? la personne considère-t-elle que les soignants ont globalement, par le passé, su entendre ses demandes de soins ? Répondre à ses besoins de soins ? Essayer de savoir si des expériences passées, potentiellement difficiles ou conflictuelles, avec des professionnels de santé pourraient participer à expliquer le renoncement actuel aux soins. Si la personne est ou a été bénéficiaire de la CMU C, a-t-elle été victime de refus de soins de la part de certains professionnels de santé ? Si oui, comment a-t-elle vécu cela ? A-t-elle dans la foulée renoncé aux soins en question ou a-t-elle adressé sa demande à un autre professionnel ?
 - b) à sa santé en général : est-ce une préoccupation principale, secondaire ? Une priorité ? Une obligation ?... ; chercher à situer les réponses par rapport : à l'éducation, aux comportements familiaux en la matière, aux modes de vie et de consommation, aux représentations de ses responsabilités (notamment vis-à-vis d'autrui, par exemple des enfants...). Questionner au passage sur le rapport de la personne à la vaccination et au dépistage.
- 3) Chercher par ailleurs à savoir si :**
- a) la personne estime d'une façon générale bénéficier des aides auxquelles elle peut avoir droit,
 - b) elle ressent des difficultés à exprimer ses demandes auprès des administrations et services publics,
 - c) elle se sent légitime à demander des aides,
 - d) les demandes d'aides aux administrations (Allocations familiales, mairie, préfecture, etc.) lui paraissent plutôt faciles ou difficiles : pourquoi ?
 - e) la personne estime qu'avec la CPAM/CARSAT/MSA/RSI ... (selon le service à l'origine du questionnaire) les relations sont plus simples ou compliquées qu'avec d'autres administrations : pourquoi ?

Commencer par cette phrase : Nous arrivons quasiment au bout de notre entretien, pouvez-vous SVP répondre par Oui ou Non à ces quelques questions ? Puis continuer l'échange à partir des consignes suivantes :

1) Passer ces questions du score EPICES :

- a) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui/non
- b) Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui/non
- c) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui/non
- d) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ? Oui/non
- e) Êtes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ? Oui/non
- f) Êtes-vous parti en vacances au cours des douze derniers mois ? Oui/non
- g) Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille, autres que vos parents ou vos enfants ? Oui/non
- h) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? Oui/non
- i) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? Oui/non

2) Si cela n'a pas été indiqué au cours de l'entretien, demander ces dernières précisions :

- a) Le niveau de ressources mensuelles. En € ;
- b) Le niveau du reste pour vivre mensuel (manger, s'habiller, sortir...) une fois toutes les charges « fixes » payées (loyer, énergie, assurances, remboursements, impôts ...). En €.
- c) Quel est votre métier ? Exercez-vous cette profession depuis longtemps ?
- d) Avez-vous des enfants ?
- e) Depuis combien de temps êtes-vous installé dans la région ? Dans le département ?
- f) Avez-vous des problèmes en ce moment ? (Demander de préciser s'il s'agit de problèmes familiaux, professionnels, financiers, d'ordre personnel,...)
- g) Avez-vous confiance dans vos possibilités pour les résoudre ?
- h) Pensez-vous que les choses vont s'améliorer : pourquoi, comment ?

REMERCIEMENTS

Annexe 3 *Grille d'analyse administrative*

SYNTHESE D'ENTRETIEN N° ...

1. La synthèse et la consultation de la fiche client Medialog laissent penser à une problématique de non recours aux droits :

- Aux droits de base OUI NON
- A une ETM OUI NON
- Absence carte vitale OUI NON
- Absence médecin traitant OUI NON
- Absence de lien OC OUI NON

⇒ **L'information sur les ressources mettent en évidence un probable droit à :**

- à l'ACS OUI NON
- à la CMUC OUI NON
- à l'ASI OUI NON

2. L'assuré n'a pas de mutuelle et pourrait avoir besoin d'un accompagnement au choix d'un OC :

OUI NON

3. La personne semble avoir un contrat OC inadapté à sa situation :

OUI NON

4. La synthèse fait apparaître que l'assuré n'a pas compris les usages de ses droits (tiers payant, panier de soins, renouvellement des droits ...) :

OUI NON

5. Dans les 12 mois précédant le repérage du renoncement, l'assuré a-t-il eu des rencontres avec des services de l'Assurance Maladie ?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------|
| Visite à l'accueil | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Appel PFS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Convocation service médical | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Entretien service social | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Passage d'un examen de santé au CES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |
| Demande de secours ou aide ASS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Nombre : |

6. L'assuré a-t-il rencontré des difficultés dans le traitement de son dossier, qui aurait pu avoir un impact sur le renoncement (suspension IJ, refus de droit, consolidation AT, passage invalidité, mutation de son dossier....), et qui auraient pu donner lieu à repérage du risque de non recours aux soins ?

- OUI NON

7. Quelles autres actions auraient pu être engagées, en termes de « guidance », aides, orientations...afin d'identifier, ou prendre en compte la situation de renoncement ?

L'ANALYSE DE LA SITUATION CONDUIT LE COMITE A DECIDER DE REPRENDRE CONTACT AVEC L'ASSURE.

Précisez dans le cadre ci-dessous les actions que vous envisagez dans cette reprise de contact.